

**ANALISIS DE COBERTURAS DE VACUNACION EN MENORES DE 6 AÑOS EN
LOS MUNICIPIOS DE PITALITO – GARZON – CALI - PALMIRA AÑO 2010**

**JOSE OFRED CAMPO ARCILA
ALVARO ECHEVERRI CALDERON
LUIS FERNANDO LONDOÑO
CARLOS FERNANDO SUAREZ URBANO
BENJAMIN VASQUEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
PROGRAMA TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

**ANALISIS DE COBERTURAS DE VACUNACION EN MENORES DE 6 AÑOS EN
LOS MUNICIPIOS DE PITALITO – GARZON – CALI - PALMIRA AÑO 2010**

**JOSE OFRED CAMPO ARCILA
ALVARO ECHEVERRI CALDERON
LUIS FERNANDO LONDOÑO
CARLOS FERNANDO SUAREZ URBANO
BENJAMIN VASQUEZ**

Trabajo de Grado presentado
como requisito para
optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor:

DILSON RIOS ROMERO

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
PROGRAMA TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 1**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. LIMITACIONES	11
5. MARCO TEORICO	12
5.1. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	12
5.2. HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	15
5.3. CLASIFICACION DE LAS VACUNAS	16
5.4. REGLAS GENERALES PARA ADMINISTRAR VACUNAS	16
5.5. DEFINICIONES TECNICAS	17
5.6. COMPOSICIÓN DE LOS INMUNOBIOLOGICOS	18
5.7 EFICACIA DEL INMUNOBIOLOGICO	19
5.8 INMUNIDAD DE REBAÑO	19
6. ACCIONES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE SALUD PÚBLICA MUNICIPALES	20
6.1. ACTIVIDADES	20
7. ACCIONES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES	25
7.1. ACTIVIDADES	25
8. LINEAMIENTOS DE LA JORNADA DE VACUNACION DE LAS AMERICAS 2011	30
8.1 OBJETIVO GENERAL	30
8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	30
8.3 METAS DEPARTAMENTALES	30
8.4 POBLACIÓN PRIORITARIA.	31
8.5 MOVILIZACIÓN SOCIAL	32
8.6. FASES OPERATIVAS	33
9. SISTEMA DE INFORMACIÓN	35

	Pág.
10. ESTRATEGIAS DE VACUNACION	36
11. EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACION	37
12. EVALUACIÓN DE INDICADORES	38
13. ACCIONES COLECTIVAS	39
14. DEFINICION Y DESCRIPCION DEL PAI	40
14.1. OBJETIVOS	40
14.2. ACCIONES DEL PAI DESDE EL PIC	40
14.3 ACCIONES PAI EN EL PIC	40
14.4 ACCIONES DEL PAI EN EL POS	41
14.5 METAS DEL PAI	41
14.6 SITUACION ACTUAL DEL PAI	43
14.7 ESTRATEGIAS DEL PAI	43
15. MARCO CONTEXTUAL	45
16. MARCO CONCEPTUAL	52
17. MARCO LEGAL	56
18. HIPOTESIS	58
19. METODOLOGIA	59
20. SOLUCIONES ALCANZADAS	77
21. ESCENARIO SOCIO-CULTURAL DE LAS ENFERMEDADES IMMUNOPREVENIBLES	78
22. ESCENARIO AMBIENTAL DE ENFERMEDADES IMMUNOPREVEVIBLES	80
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de la vida de un niño constituyen el período de mayor vulnerabilidad para adquirir enfermedades y en el que comienzan a manifestarse otros problemas (trastornos del desarrollo, disminución de la capacidad auditiva etc.) y es precisamente en estos primeros años de vida cuando se administran las vacunas. La inmunización en niños y adultos se fundamenta en hechos científicos conocidos sobre las vacunas, de los principios sobre inmunización activa y pasiva y de consideraciones epidemiológicas y de salud pública.

El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso; así la vacunación es la mejor estrategia y la más costo-efectiva, demostrada universalmente para la reducción de la morbilidad y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles.

Si bien las actuales son mucho más seguras que hace 40 años, todos los años incursionan en el mercado nuevas vacunas y prolifera la información, lo cual hace que las inquietudes de la población entorno a los riesgos y los beneficios de las vacunas sean numerosos.

Una de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) en Colombia, es la infancia y, dentro de esta, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), como una de las estrategias más importantes para la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio de disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 6 años.

Todo programa de inmunización debe procurar que las vacunas no presenten riesgo, por su parte, la sociedad y las autoridades de salud de los países se organizan y aportan los recursos para garantizar el acceso a los servicios de vacunación con calidad y equidad, es por eso que vacunas que se obtienen en Colombia para el PAI, a través del Fondo Rotatorio de la OPS, cumplen con las especificaciones de la OMS.

Este trabajo tiene como finalidad establecer la importancia que tiene el cumplimiento de metas de vacunación para evitar la aparición de enfermedades prevenibles con vacunas, no obstante los importantes avances en el control de enfermedades, la inmunización no está libre de controversias y el mundo ha presenciado los peligros y los efectos de la interrupción de la vacunación o la reducción de la intensidad de las acciones, algunas veces propiciadas por grupos que orientan la opinión pública en contra de las vacunas.

Como Regentes de Farmacia debemos estar al tanto sobre la información y características de las vacunas como lo son la eficacia de la vacuna, tipo y frecuencia de reacciones adversas, contraindicaciones y su conservación, así como la referencia en la literatura médica a la fecha; por tanto debemos advertir a

los usuarios que es preciso consultar las recomendaciones y la información que de forma periódica proporcionan el Ministerio de la Protección Social y los fabricantes de los productos inmunobiológicos, ya que el respectivo ministerio ha procurado que estas vacunas sean las correctas y usualmente recomendadas por las autoridades sanitarias en vacunación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La eficacia de un inmunobiológico o vacuna se mide de acuerdo a la proporción de vacunados en quienes efectivamente el producto inmunobiológico provoca la reacción celular inmune, la producción de anticuerpos o ambas, que sean capaces de proteger luego de recibir el número de dosis recomendadas. La eficacia de la vacuna contra el sarampión aplicada al año de edad es de 90 a 95%, la eficacia de la vacuna oral de poliovirus es de 90% a 100% en condiciones adecuadas de conservación y aplicada a la edad apropiada. En regiones cálidas tropicales con deficiente cadena de frío, la eficiencia se reduce a 75% o menos. La eficacia depende de la capacidad antigénica del componente de la vacuna, de la edad del receptor, de la madurez del sistema inmunobiológico, de la presencia de inmunidad pasiva y del cumplimiento de las normas de la red de frío.

La cobertura óptima de vacunación es el porcentaje de la población vacunada que se requiere para interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad determinada. Esta cobertura óptima de vacunación varía según la enfermedad, es así como las enfermedades inmunoprevenibles, se aceptan coberturas mínimas para menores de 6 años de 95% para todos los productos inmunobiológicos y de 100% para la vacuna toxoide tetánico en las mujeres en edad fértil en los municipios de riesgo para este suceso.

Según fuentes de la Secretaría de Salud Departamental y Secretaría de Salud Municipal, en el Municipio de Pitalito – Huila en el año 2010, se presentaron coberturas por debajo del 95% en la aplicación de los biológicos DPT, HB, Hib, FA, FA, DPT, HB, Hib, en menores de 6 años, esta situación origina que no exista un corte en la cadena de transmisión de las enfermedades inmunoprevenibles, como lo son la Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Fiebre Amarilla, Hepatitis B y Meningitis por *Haemophilus Influenzae*, ante este problema de Salud Pública debemos tener en cuenta que estas enfermedades son altamente transmisibles máxime que la población objeto es de 12.330 menores de 6 años que en su mayoría se encuentran como población cautiva es decir, en hogares de bienestar, hogares comunitarios, jardines infantiles, hogares FAMI, acarreando indiscutiblemente la presencia de enfermedades, discapacidades e incapacidades o muerte de un significativo número de infantes. Esto tiene impacto a nivel socioeconómico de nuestro territorio, pues es lógico que los niños formaran parte de la fuerza productiva de nuestra nación.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Ofrecer un conocimiento amplio al Regente de Farmacia sobre la importancia que tienen los medicamentos inmunobiológicos o vacunas, especialmente en los niños menores de 6 años, pues estos biológicos con una adecuada administración y aplicados a personas sanas son la mejor opción para la generación de defensas o anticuerpos que evitan la infección la enfermedad o la muerte.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las enfermedades inmunoprevenibles, sus respectivas vacunas y su administración.
- Identificar las acciones de estricto cumplimiento de los planes de Salud Pública tanto municipales como departamentales.
- Identifica los lineamientos de la Jornada de Vacunación de las Américas 2011.
- Identificar las diferentes estrategias de vacunación.
- Identificar y analizar los Eventos supuestamente atribuibles a la aplicación de vacunas o inmunobiológicos (ESAVI).
- Conocer la Importancia que tienen las coberturas útiles de vacunación en la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles.
- Porcentaje de coberturas alcanzadas en el programa de vacunación en la población objeto durante el año 2010 en el Municipio de Pitalito.
- Conocer los esquemas y estrategias de vacunación.
- Conocer el sistema y de información y normatividad que rige el PAI.

3. JUSTIFICACIÓN

Uno de los mayores logros en cuanto a la Salud Pública ha sido la prevención de las enfermedades infecciosas mediante la inmunización con vacunas, esto representa el gran impacto dentro de la salud de la población que tiene el programa de vacunación (PAI), además del costo efectivo. Son pocas las intervenciones en este campo que han evitado tantas defunciones y enfermedades como las vacunas aplicadas mediante programas organizados de inmunización.

Mediante las vacunas hemos conseguido erradicar la viruela, estamos finalizando la erradicación de la poliomielitis en el mundo, el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio (causa frecuente de encefalitis y minusvalías psíquicas hace tan sólo unos años), no tenemos casos de difteria y otras enfermedades como la tosferina, el tétanos, la hepatitis B, las meningitis meningocócicas B. están siendo controladas.

Aún persiste en diferentes puntos del territorio nacional, inequidad en el acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones, en sus actividades permanentes, por esta razón es pertinente la realización de la jornadas en cada uno de los municipios del país, para disminuir estas inequidades, facilitar estrategias para el mejoramiento de las coberturas y la disminución de la población susceptible. Por consiguiente todas las IPS públicas y privadas que vacunan, deben iniciar y completar esquemas de vacunación a la población objeto, utilizando las estrategias de “vacunación sin barreras”, ampliando horarios que permitan el fácil acceso al servicio, fortaleciendo la promoción y la demanda inducida con la activa participación de las EPS del subsidiado y contributivo.

Es inminente que la utilización de las vacunas debe responder al establecimiento de unos esquemas, los cuales corresponden a una evaluación minuciosa adelantada por la OMS, OPS y el MPS, los cuales exigen que para mejorar la eficiencia de las vacunas se debe establecer un número de dosis y a unas edades específicas.

Los biológicos a pesar de que representan un alto costo para el país, no se compara con los beneficios que representa para los menores de 6 años, en la calidad de vida, ya que disminuye la moribimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles que hacen que en a mediano plazo haya una población potencial productiva, con una mejor calidad de vida. Mediante las vacunas hemos conseguido erradicar la viruela, estamos finalizando la erradicación de la poliomielitis en el mundo, el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio (causa frecuente de encefalitis y minusvalías psíquicas hace tan sólo unos años), no tenemos casos de difteria y otras enfermedades como la tos ferina, el tétanos, la hepatitis B, las meningitis meningocócicas B están siendo controladas.

Aunque los niños son los que reciben la mayoría de las vacunas, los adultos también necesitan protegerse frente a gérmenes como los del tétanos, la difteria, el neumococo, la gripe, la rubéola, que son causa de enfermedades también en los adultos, en muchos casos más graves que en los niños.

4. LIMITACIONES

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1974 y mediante la Resolución CD 25.27 del Consejo Directivo de la OPS/OMS fueron respaldadas sus metas en septiembre de 1977, como medida para intensificar la lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles que afectan con mayor frecuencia a la niñez del mundo.

Desde su inicio, el PAI está dirigido fundamentalmente al grupo de menores de cinco años y en especial a los menores de un año, así como a las embarazadas, y su propósito es disminuir la morbilidad y la mortalidad de enfermedades inmunoprevenibles tales como: poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. La principal estrategia recomendada era la vacunación simultánea y permanente.

Por lo tanto es regida por una Resolución 412 de 200, que da los lineamientos de las acciones de P y P, como lo es la Norma Técnica de Protección Específica del PAI. Esta norma aplica para todo el territorio nacional, garantizándonos que las fuentes de datos sean proporcionadas de manera oportuna y veraz, pues existen unos indicadores de cumplimiento que miden la accesibilidad, cumplimiento y oportunidad del PAI.

A esto se suma que los cambios en el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles y las nuevas políticas de salud, especialmente aquellas dirigidas a la protección de la infancia y la adolescencia, exigen transformaciones permanentes en los procesos de gestión y vigilancia epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

5. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Como parte del objetivo de construir equidad social el Gobierno Nacional ha establecido que la política del sector salud debe apuntar a la ampliación y mejoramiento de la protección y seguridad social de la población.

Dado lo anterior el Ministerio de la Protección social emitió el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007 – 2010 el cual es de obligatorio cumplimiento y enuncia las responsabilidades de los actores del sector salud por parte de la nación, de los entes departamentales, distritales y municipales, así como de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo, subsidiado y los prestadores de los servicios de salud en el cual se contempla como objetivo No. 1. Mejorar el estado la salud infantil y Número 5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Dentro de estos dos objetivos incluye como meta nacional lograr y mantener de coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y un año, con todos los biológicos del PAI y esquemas completos de vacunación en menores de seis años y como línea de política de prevención de los riesgos, mantener coberturas útiles de vacunación contra Fiebre Amarilla a toda la población de uno (1) a 60 años en zonas endémicas así mismo dar cumplimiento a la cobertura de vacunación con Td 2 en MEF en municipios de riesgo y en gestantes en el resto del país y adoptar los lineamientos de nuevas vacunas que incluya el programa.

Para el logro de las metas propuestas con respecto al programa ampliado de inmunizaciones como uno de los programas prioritarios en salud pública, las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental, deberán desarrollar las siguientes intervenciones y dar cumplimiento a los indicadores de los Planes de Salud Pública.

5.1. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Sarampión: En el mundo se registran cada año un promedio de 40 millones de casos de sarampión de los cuales terminan en defunción 1.5 millones, constituyéndose en la primera causa de defunción por enfermedades inmunoprevenibles.

La ultima epidemia de sarampión en Colombia fue en 1993, registrándose un total de 5000 casos con una Tasa de incidencia de 28/100.000 habitantes y 48 muertes.

Hay un descenso importante en la incidencia en Colombia es producto de la implementación de las estrategias nacionales y regionales de erradicación implementadas por todos los países que permitió la disminución importante del riesgo de circulación autóctona del virus.

En el municipio de Pitalito, no se ha presentado casos confirmados por laboratorio de sarampión en los últimos 3 años. Las coberturas de vacunación de triple viral (MMR) continúan por encima del 95% de la población y la vigilancia epidemiológica está orientada a la detección de casos sospechosos para sarampión y la confirmación o descarte por medio de las pruebas de laboratorio.

Rubéola: En Colombia y el Huila las repercusiones reales de la Rubéola y el Síndrome de la rubéola congénita no se han podido evaluar debido al deficiente sistema de vigilancia de esta Patología y que la mayoría de los casos se diagnostican solo por clínica y no confirmados por el Laboratorio.

En Pitalito se reportaron 3 casos de enfermedad sospechosa de rubéola con confirmación negativa.

Poliomielitis: Desde el último caso de Poliomieltis presentado en mayo de 1991 en el municipio de Arjona Bolívar, no se han vuelto a registrar casos en Colombia. Sin embargo, considerando que el polio virus salvaje sigue circulando en otros países del mundo, e incluso en forma epidémica como los países del África Sub-sahariana y Asiáticos, existe el riesgo permanente de importación del virus hacia América, de ahí la necesidad de mantener coberturas de vacunación con VOP por encima del 95% en todo el país y fortalecer la vigilancia de las parálisis flácidas agudas.

En Pitalito no se han presentado casos confirmados por laboratorio de poliomieltis aguda en los últimos años. Se han reportado en el año 2005 a través del SIVIGILA 6 caso de parálisis flácida aguda, en el año 2006 hubo 5 casos los que se descartaron clínicamente y otros por resultado de análisis de laboratorio para poliomieltis. Estos eventos corresponden a neuropatías periféricas. Guillan Barre o secuelas de status convulsivos.

Las coberturas de vacunación para la prevención de polio se encuentran por encima del 95% en el municipio de Pitalito.

Tétanos neonatal: Los últimos años como estrategia de prevención de esta patología, se ha continuado con la fase de mantenimiento de la vacunación en los municipios catalogados como de alto riesgo para esta patología Neiva, Algeciras, Rivera, Campoalegre, La Plata, La Argentina, Pital, Pitalito y Tárqui. En el 2001 no se confirmaron casos de tétanos neonatal, mientras que en el 2002 se presentaron dos muertes por esta causa procedentes de los municipios de Hobo (Zona Rural) y Algeciras (Zona Urbana), caracterizado por madres que no asistieron a control

prenatal y no presentaban esquema de vacunación. En el 2003, 2004, 2005 no se presentaron casos de tétanos neonatal en el Departamento del Huila.

En el municipio de Pitalito no se han presentado casos de tétanos neonatal.

Difteria: Enfermedad que ha venido disminuyendo en forma sostenida en todo el mundo, registrándose la última gran epidemia en 1990, en los países que conformaban la Unión Soviética. En América el último brote se registró en el Ecuador entre 1994 y 1995.

En Neiva se presentó un caso de mortalidad por difteria en un niño de 6 años en Junio del 2000, sin antecedente de vacuna DPT, fue aislado en el Instituto Nacional de Salud el *Corynebacterium diphtheriae*, toxigénico. 18

En el municipio de Pitalito no se han presentado casos sospechosos ni confirmados de difteria y como se dijo anteriormente las coberturas de vacunación de DTP son mayores del 95% en la población infantil.

Tos ferina: Durante 1999 en Colombia se reportó por esta causa una tasa de 0.8 por cien mil habitantes. Hasta la semana 44 del año 2002 se han notificado al SIVIGILA 261 casos principalmente en los Departamentos de Antioquia (34.1%), Valle (13%), Bogotá (12.6%), Bolívar (6.1%) y Boyacá (4.6%), quienes en conjunto aportan 70.4% de los casos. De estos casos solo el 21.8% se confirmaron como positivos y solo el 0.4% fue un caso fatal (Letalidad 1.75%).

En el Municipio de Pitalito, en el año 2005 se reportaron 30 casos de síndrome Cuqueluchoide sin diagnóstico confirmatorio por laboratorio de Tos ferina, durante el año 2006 se presentaron 8 casos de síndrome Cuqueluchoide de los cuales se diagnosticaron 4 casos por laboratorio (inmuno fluorescencia directa) que corresponden a 2 niños menores de 2 meses de edad con esquema de vacunación incompleto por la edad y un caso de una niña de 8 meses con esquema de vacunación completa quien en los últimos 6 meses hubo cambios constantes de residencia en el Huila, Cundinamarca y Tolima. Se realizaron los estudios de campo correspondientes con barrido epidemiológico y vacunación de contingencia en las zonas aledañas. No se encontraron francos contactos con menores con sintomatología, pero al se encontraron adultos sintomáticos respiratorios en los casos estudiados.

Hepatitis B: La infección por el virus de la Hepatitis B es problema mundial, cerca del 66% de la población habita regiones de alta endemicidad. Más de dos billones de personas han tenido evidencia de infección por este virus de los cuales 350 millones son portadores crónicos. Se calculan entre 140.000 y 400.000 los casos nuevos cada año en América, de los cuales cerca de las dos terceras partes se presentan en la América del Sur, principalmente en la región Amazónica y la Costa Pacífica Colombiana.

En el Departamento del Huila desde 1.998, el laboratorio de salud pública ofrece los marcadores serológicos de la hepatitis B facilitando el estudio de paciente y contactos.

En el año 2005 se presentaron 3 casos de hepatitis B, y en el año 2006 se reportaron 3 casos de hepatitis B por el laboratorio de Salud pública Departamental obtenidos del banco de sangre del Hospital Departamental de Pitalito.

Es importante la toma de los marcadores serológicos para esta enfermedad en los diferentes niveles de atención municipal, por la magnitud que representa en la salud de las personas siendo una enfermedad con un periodo de latencia largo y con alto grado de transmisión sexual.

Meningitis Bacteriana: En el año 2005 se presentaron 8 casos de meningitis bacteriana diagnosticada por líquido cefalorraquídeo, principalmente en niños menores de 1 año de edad a pesar del esquema de vacunación completo.

En el año 2006 se presentaron 3 casos de meningitis bacteriana en niños menores de 6 meses de edad y un caso de una niña 1 año de edad que fallece por meningitis por neumococo del área urbana de Pitalito (comuna uno occidental) con esquema de vacunación incompleto por ser población flotante que inicio con un periodo gripal y con foco bronco neumónico diagnosticado por punción lumbar y por látex positivo para neumococo.

Parotiditis: En el año 2006 se reportaron 6 casos compatibles clínicamente con parotiditis viral, por su condición y según los protocolos de vigilancia epidemiológica no se requiere confirmación clínica. No se presentaron casos de brote de esta patología.

5.2. HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

La incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación se obtuvo de los Boletines Epidemiológicos Anuales del MPS de 1973 a 2004 y de los Boletines Semanales de Vigilancia Epidemiológica del MPS de 2005.

Los padecimientos analizados fueron difteria, tuberculosis meníngea, tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola, sarampión, meningitis por *Haemophilus influenzae b* y hepatitis B.

En el primer grupo está la tuberculosis meníngea en niños menores de cinco años, la difteria, el tétanos y la tos ferina, cuyo descenso se inició hace varias décadas y está relacionado con factores de tipo socioeconómico y de acceso a servicios de salud.

En el segundo está el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la meningitis por *Haemophilus influenzae b*. El sarampión está en fase eliminación del país, ya que después de más de 6 años sin casos. La rubéola y la parotiditis han disminuido en forma notoria y se ha programado ya la eliminación de la primera para el año 2010. La meningitis por *Haemophilus influenzae b*, la etiología más frecuente de este padecimiento, está en control.

En el tercer grupo está únicamente la hepatitis B, debido a que la vacunación universal se inició en el año 2000 y por lo tanto sólo están protegidos los niños que nacieron a partir de ese año. Por otra parte, la vacunación en adolescentes tiene coberturas muy bajas. Las coberturas con dosis de refuerzo fueron significativamente inferiores a las de los esquemas básicos y variaron entre 57 y 97.3 % según el tipo de vacuna y el número de dosis.

5.3. CLASIFICACION DE LAS VACUNAS

Tabla No.1 Clasificación de las Vacunas

VIVAS ATENUADAS (Replicativas)	NO VIVAS, MUERTAS O INACTIVADAS
POLIO ORAL	INFLUENZA
T.V	POLIO (IM)
F.A	ANTIRRABICA HUMANA
BCG	HB
ROTAVIRUS	TD
VARICELA	DPT
SR	Hib, neumococo, pentavalente.

5.4. REGLAS GENERALES PARA ADMINISTRAR VACUNAS

En el caso de las vacunas inactivadas al no ser afectadas por los anticuerpos circulantes, pueden ser administradas antes, después, o al mismo tiempo que otra vacuna de cualquier tipo.

Las vacunas virales vivas atenuadas deben aplicarse simultáneamente o esperar treinta días de intervalo entre ellas para no interferir con la respuesta o replicación viral. Esta regla no aplica para las Vacunas VOP y Antisarampionosa, que pueden administrarse por separado o conjuntamente en el mismo mes.

Las vacunas virales vivas atenuadas tampoco deben aplicarse simultáneamente con anticuerpos que se encuentran en inmunoglobulinas o en productos de sangre a excepción de las vacunas VOP y Anti - Amarílica.

No existe contraindicación para la administración simultánea de dos o más vacunas virales, excepto para las vacunas contra cólera y fiebre amarilla porque se ha observado una disminución en la inmunorespuesta para ambas vacunas.

Para viajeros internacionales, la Triple Viral y fiebre amarilla pueden administrarse simultáneamente o aplicarse con 4 semanas de separación.

Nunca deben mezclarse dos vacunas en la misma jeringa a menos que el laboratorio productor así lo indique.

Por regla general, el aumento del intervalo entre dosis de una vacuna seriada (multi - dosis), no disminuye la eficacia de la vacuna, pero el disminuirlo interfiere con la respuesta inmunológica y la protección que brinda la vacuna.

5.5. DEFINICIONES TECNICAS

Vía de Administración: Es la forma de introducir un biológico al organismo, bien sea por vía enteral o parenteral. Su elección es específica para cada inmunobiológico, con el fin de evitar efectos indeseables, locales o sistémicos y para asegurar una máxima eficacia de la vacuna.

Sitio de Aplicación: Es el lugar anatómico seleccionado para la aplicación de la vacuna, de manera que la posibilidad de daño tisular; vascular o neural sea mínima.

Las inyecciones subcutáneas se aplican usualmente en la región deltoidea. Los sitios preferidos para inyección intramuscular en los niños, son la cara anterolateral del muslo hasta los tres años y la masa muscular del deltoides en mayores de 3 años.

Se utilizará el cuadrante superoexterno de los glúteos, en parte más alta y externa sólo para inyecciones de elevado volumen o cuando se necesite administrar múltiples dosis, por ejemplo inyecciones de Ig.

Técnicas de Aplicación - Principios básicos generales: Utilizar jeringas desechables nuevas, con volúmenes y agujas adecuados al inmunobiológico que se va a administrar.

Manipular vacunas jeringas y agujas con técnica aséptica.

Evitar la aplicación de la vacuna en zonas eritematosas, induradas o dolorosas.

Limpiar la piel del sitio donde se va a inyectar la vacuna, con solución salina o agua estéril y secar con algodón o dejar secar al ambiente.

Introducir la aguja en el sitio de aplicación, aspirar para verificar la presencia de sangre, si esto ocurre retirar la aguja y seleccionar un sitio aledaño.

Cuando se administre simultáneamente más de una vacuna, se debe utilizar una jeringa para cada una e inocularlas en sitios anatómicos diferentes a menos que se aplique una vacuna tetravalente o pentavalente.

Cuando por alguna razón un biológico, aplicado por vía intramuscular o subcutánea, se enquistó, se deberá repetir la dosis.

Dosificación: Las dosis recomendadas de inmunobiológicos se derivan de consideraciones teóricas, estudios experimentales y experiencias clínicas. La administración de dosis menores a las recomendadas, el fraccionar dosis o el administrarlas por vía equivocada, puede hacer que la protección obtenida no sea adecuada. De forma similar, no se debe exceder en la dosis máxima recomendada, ya que esto no garantiza mejor respuesta y en cambio puede resultar peligroso para el receptor, debido a la excesiva concentración local o sistémica de antígenos.

Edad de Vacunación: Varios factores deben ser tenidos en cuenta al escoger la edad de vacunación. Estos incluyen: riesgos específicos de enfermarse según grupo de edad, madurez del sistema inmune y capacidad a una edad dada para responder a una vacuna específica y la interferencia por parte de la inmunidad pasiva transferida por la madre.

5.6. COMPOSICIÓN DE LOS INMUNOBIOLOGICOS.

La naturaleza específica y los contenidos de las vacunas difieren entre sí, dependiendo de la casa Productora.

Un inmunobiológico contra la misma enfermedad puede variar en su composición por el uso de diferentes cepas o por la cantidad de unidades internacionales. Los constituyentes de los inmunobiológicos son:

Líquido de Suspensión: Puede ser tan simple como agua destilada o solución salina, o tan complejo como el medio biológico donde se haya producido el inmunobiológico, tal es el caso de proteínas séricas, del huevo, de medios celulares o de cultivo.

Preservativos, estabilizadores y antibióticos: Se utiliza este tipo de componentes para inhibir o prevenir el crecimiento bacteriano en los cultivos virales, en el producto final o para estabilizar el antígeno. Son sustancias tales como el

Timerosal y/o antibióticos específicos, por ejemplo, neomicina en la vacuna antisarampionosa.

Coadyuvantes: En algunas vacunas con microorganismos muertos y fracciones de los mismos se utilizan compuestos de aluminio o alumbre, o de calcio, para incrementar la respuesta inmune. Los inmunobiológicos que contienen tales adyuvantes deben inyectarse profundamente en la masa muscular, pues su inoculación en grasa o intradérmica provoca severa irritación local, granulomas o necrosis.

5.7 EFICACIA DEL INMUNOBIOLÓGICO

Significa la proporción de vacunados en quienes efectivamente el inmunobiológico provoca la reacción inmune celular, la producción de anticuerpos o ambas, que sean capaces de proteger; luego de recibir el número de dosis recomendadas. La eficacia de la vacuna antisarampionosa aplicada al año de edad es de 90 a 95%; la eficacia de la vacuna oral de Poliovirus es de 90 a 100% en condiciones adecuadas de conservación y aplicada a la edad apropiada. En regiones cálidas tropicales, con deficiente cadena de frío, la eficacia puede reducirse al 75% o menos.

La eficacia depende de la capacidad antigénica del componente vacunal, de la edad del receptor, de la madurez del sistema inmunológico, de la presencia de inmunidad pasiva y del cumplimiento de las normas de funcionamiento de la red de frío.

5.8 INMUNIDAD DE REBAÑO

El concepto de inmunidad de rebaño se refiere a la resistencia de un grupo de personas de una misma comunidad sujetas al ataque de una enfermedad, en cuyo caso una gran proporción de sus miembros son inmunes, reduciéndose la probabilidad de que un paciente con la enfermedad entre en contacto con un individuo susceptible o no inmune. La inmunidad de rebaño de una población está determinada por varios factores tales, como: la distribución homogénea o no de los susceptibles, la frecuencia y la forma de los contactos de los individuos entre sí. Un programa ideal de vacunación intenta reducir o eliminar el número de susceptibles en todos los subgrupos de la población.

6. ACCIONES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE SALUD PÚBLICA MUNICIPALES

Las siguientes son las actividades, metas e indicadores que deben incorporarse a los Planes de salud pública municipales, en función del logro de las metas de reducción de enfermedades inmunoprevenibles y la mortalidad infantil.

6.1. ACTIVIDADES

Coordinación: Movilizar y coordinar acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener coberturas útiles de vacunación contra fiebre amarilla.

Fortalecer alianzas estratégicas entre entidades promotoras de salud - EPS y prestadores de servicios de salud – IPS públicas y privadas para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción y prevención.

Adoptar las normas técnico administrativas que defina el Ministerio de la Protección Social.

Conformar o reactivar el **Comité Local de Vacunación** con el objeto de promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas.

Establecer mecanismos de coordinación, seguimiento y monitoreo de los diferentes actores responsables de la vacunación en el municipio para el logro de coberturas útiles; así como del cumplimiento de las normas de protección específica en la atención del parto y del recién nacido, detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.

Integrar el trabajo PAI - AIEPI con la creación de alianzas colaborativas con la sinergia necesaria para la gestión del bienestar y la salud de la infancia en el nivel local, así como para el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad. Desarrollar actividades conjuntas con los **Programas Familias en acción y pastoral** de la primera Infancia (capacitación, seguimiento y cumplimiento de la Resolución 412).

Delegar la responsabilidad de la coordinación del PAI a un profesional en lo posible de planta que cuente con experiencia certificada en el programa para garantizar la continuidad en el desarrollo de las actividades

Garantía de la Disponibilidad de Insumos y Biológicos a Nivel Territorial.

Realizar la programación de vacunas e insumos críticos de acuerdo a las necesidades de las IPS.

Solicitar al nivel departamental y distribuir oportunamente los biológicos a IPS públicas y privadas según programación local.

Asegurar recursos económicos para el transporte de vacunas e insumos críticos.

Adquirir insumos críticos como jeringas, termos y logística necesaria para la realización de jornadas de vacunación, campañas de intensificación de vacunación o vacunación de bloqueo.

La adquisición de biológicos es una competencia del MPS y en tal sentido la adquisición de biológicos por parte de los entes territoriales municipales debe hacerse siguiendo el lineamiento que ante cada caso emita el Ministerio de la Protección Social.

Red de Frío

Garantizar la conservación y red de frío y distribuir los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI y los insumos críticos a las IPS del área.

Delegar la responsabilidad del manejo de la red de frío a un técnico en lo posible de planta que cuente con experiencia certificada en el programa.

Actualizar el estado de la red de frío en su territorio y monitorear que la Red de IPS públicas y privadas, cuenten con las condiciones óptimas que garanticen la infraestructura adecuada para la vacunación.

Una vez detectadas fallas en su sistema de almacenamiento, la Dirección local de Salud podrá invertir recursos para el fortalecimiento y mantenimiento de la misma. Las aseguradoras y prestadoras deben garantizar su propia red.

La adquisición de elementos de red de frío por parte los entes territoriales municipales y departamentales debe hacerse siguiendo el lineamiento que ante cada caso emita el Ministerio de la Protección Social.

Asistencia Técnica

Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica, capacitación y supervisión al personal de salud de Entidades Promotoras del Régimen Subsidio (EPS'S), Entidades promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS'C) e IPS públicas y privadas que funcionen en el área de cobertura en los diferentes componentes del programa, incluido el oportuno control de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

Desarrollar un plan de asistencia técnica y difusión de la Resolución 412 del 2000 a todos los actores del sistema para el logro de coberturas útiles de vacunación, en sus normas de vacunación según el esquema del PAI; detección temprana de la atención del parto, del recién nacido y del menor de 10 años.

Participar en los diferentes eventos nacionales, regionales o departamentales a los que se convoquen.

Vigilancia en Salud Pública

Coordinar el desarrollo y operación de la **vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacuna**, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en su jurisdicción.

Desarrollar las acciones de vigilancia en salud pública en la investigación y búsqueda activa de casos (institucional y comunitaria) así como de contactos, toma de muestras y envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública para la vigilancia de sarampión, rubéola, difteria, tos ferina, fiebre amarilla, parálisis flácida aguda y meningitis.

Realizar 4 monitoreos rápidos de cobertura con el fin de verificar áreas que aún faltan por vacunar y realizar las acciones necesarias y hacer el envío oportuno al nivel departamental.

Enviar oportunamente al Instituto Nacional de Salud con copia al Ministerio de la Protección Social el reporte de los casos y de las investigaciones de las enfermedades inmunoprevenibles que se presenten en el municipio.

Sistema de Información

Generar la información requerida por el sistema de información tal como lo defina el MPS.

Implementar estrategias que permitan dar cumplimiento al indicador de oportunidad en el envío de la información de las dosis aplicadas al nivel departamental **antes del 5 de cada mes**.

Monitorear en forma permanente el consolidado diario y mensual de la información con auditoria de la calidad del dato a las IPS que presten el servicio de vacunación.

Consolidar y analizar la información de coberturas de vacunación para ser remitidas oportunamente a las secretarías departamentales de salud.

De acuerdo a los resultados de coberturas tomar acciones correctivas oportunas para el logro de la metas.

Garantizar la exclusividad de un equipo de cómputo para PAI de acuerdo a las especificaciones técnicas dadas por el Ministerio de la protección Social.

Movilización Social: Diseñar e impulsar proyectos integrales de Información, Educación y Comunicación, para la prevención de enfermedades, que correspondan a las características culturales y que cubran efectivamente las poblaciones de riesgo existentes para el logro de coberturas útiles de vacunación.

Informar, motivar y orientar a la población hacia los servicios y campañas de vacunación (inducción a la demanda).

Fortalecer la participación de la familia y la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud de los niños y niñas en trabajo conjunto estrategia AIEPI, Pastoral de la Primera Infancia y programa Ampliado de Inmunizaciones.

Estrategias para Ampliación de Coberturas

Determinar la población a vacunar según edad y estado de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Realizar monitoreo y evaluación al cumplimiento de la norma de vacunación al recién nacido en las instituciones que atienden partos.

Realizar seguimiento de cohortes de recién nacidos y susceptibles de su municipio.

Garantizar la contratación y el desplazamiento del personal para realizar censos de canalización, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas de población dispersa. Cuando los resultados de las coberturas de vacunación no sean los esperados de acuerdo a las metas propuestas, el MPS o las Direcciones Territoriales de Salud impulsarán estrategias de ampliación de cobertura como la vacunación por concentración, por extensión, jornadas de vacunación, intensificación o de bloqueo según lineamientos nacionales, o según el riesgo de los municipio.

Para el adecuado desarrollo de estas actividades los entes territoriales municipales podrán **adquirir insumos básicos como:** jeringas y registros y gestionar con las aseguradoras y las instituciones prestadoras la organización y operación del recurso humano y la cofinanciación de las demás acciones que sean necesarias.

En el presente año el Ministerio de la Protección Social **impulsará el desarrollo de jornadas de vacunación**. Las fechas y las orientaciones técnicas específicas serán comunicadas oportunamente por la Dirección General de Salud Pública

Tabla No.2 Indicadores y Metas de Vacunación Municipales.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Porcentaje de menores de 1 año vacunados con polio, DPT, Haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B, rotavirus y BCG	95% de cobertura en los menores de 1 año en todos los municipios del país con todos los biológicos
Porcentaje de niños y niñas de 1 año vacunados con sarampión, rubéola, paperas y fiebre amarilla	95% de cobertura en los niños y niñas de 1 año en todos los municipios del país
Cumplimiento de monitoreos de cobertura de vacunación realizados	100% de los municipios con 4 monitoreos en el año
Cumplimiento de búsquedas activas institucionales y comunitarias de parálisis flácida, Sarampión, rubéola, tétanos neonatal y fiebre amarilla	100% de los municipios con 4 búsquedas activas institucionales y comunitarias de parálisis flácida, sarampión, Rubéola, tétanos neonatal y Fiebre Amarilla en el año.
Inventario de red de frío municipal realizado	100% de IPS vacunadoras con inventarios de red de frío realizados
Calidad y oportunidad en la notificación de fiebre amarilla, sarampión, parálisis flácida, tétanos neonatal.	Porcentaje de casos sospechosos o probables notificados oportunamente al SIVIGILA mayor al 80%.
Oportunidad de la notificación de coberturas	100% IPS vacunadoras con notificación oportuna mensualmente
Número y porcentaje de EPS'C, EPS'S e IPS que recibieron asistencia técnica en lineamientos PAI	100% de las EPS'C , EPS'S e IPS que operen en su jurisdicción han recibido asistencia técnica para la implementación de las políticas y planes de salud pública en PAI

7. ACCIONES DE Estricto CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE SALUD PÚBLICA DEPARTAMENTALES

Las siguientes son las actividades, metas e indicadores que deben incorporarse a los Planes de Salud Pública Departamentales, en función del logro del objetivo No. 1 Mejorar la Salud Infantil

7.1. ACTIVIDADES

Coordinación

Adoptar y adaptar el Plan Nacional de Salud Pública a su territorio y formular el Plan de Salud Territorial y el Plan Operativo anual bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Movilizar y coordinar acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener coberturas útiles de vacunación con todos los biológicos fortalecer alianzas estratégicas entre entidades promotoras de salud (EPS) y prestadores de servicios de salud (IPS) públicas y privadas para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción y prevención.

Adoptar las normas técnico administrativas que defina el Ministerio de la Protección Social.

Conformar o reactivar y mantener activo el Comité Departamental de Vacunación con el objeto promover y apoyar las acciones de prevención, control, eliminación y erradicación de las enfermedades que pueden evitarse mediante la administración de vacunas; así como realizar seguimiento a la conformación o la reactivación de los Comités en los municipios.

Establecer mecanismos de coordinación, seguimiento y monitoreo de los diferentes actores responsables de la vacunación en el municipio para el logro de coberturas útiles; así como del cumplimiento de las normas de protección específica en la atención del parto y del recién nacido, detección temprana de alteraciones del C y D en el menor de 10 años.

Integrar el trabajo PAI - AIEPI en la creación de alianzas colaborativas con la sinergia necesaria para la gestión del bienestar y la salud de la infancia en el nivel local, así como para el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad.

Delegar la responsabilidad de la coordinación del PAI a un profesional preferiblemente de planta que cuente con experiencia certificada en el programa.

Garantía de la Disponibilidad de Insumos y Biológicos a Nivel Territorial.

Realizar la programación de vacunas e insumos críticos de acuerdo a las necesidades de los municipios.

Solicitar periódicamente al nivel nacional las **vacunas e insumos críticos** necesarios y realizar la distribución a los municipios de acuerdo a la programación. **Adquirir insumos críticos** como jeringas, agujas, termos y logística necesaria para apoyar a los municipios en la realización de jornadas de vacunación, campañas de intensificación de vacunación o vacunación de bloqueo.

La adquisición de biológicos, es una competencia del MPS y en tal sentido la adquisición de los biológicos por parte los entes territoriales departamentales debe hacerse siguiendo el lineamiento que ante cada caso emita el Ministerio de la Protección Social.

Red de Frío.

Garantizar la conservación y red de frío y distribuir los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI y los insumos críticos.

Actualizar el inventario de la red de frío en su territorio y monitorear que la Red de los municipios cuente con las condiciones óptimas que garanticen la infraestructura adecuada para la vacunación.

Delegar la responsabilidad del manejo de la red de frío a un técnico en lo posible de planta que cuente con experiencia certificada en el programa.

Una vez detectadas fallas o insuficiencia en la capacidad en el sistema de almacenamiento, la Dirección Departamental de Salud deberá invertir recursos para el fortalecimiento, mantenimiento y reposición de la misma. Las aseguradoras y prestadoras deben garantizar su propia red.

La adquisición de elementos de red de frío por parte los entes territoriales municipales y departamentales debe hacerse siguiendo el lineamiento que ante cada caso emita el Ministerio de la Protección Social.

Realizar seguimiento a las pérdidas y desgaste de las vacunas entregadas a los municipios.

Asistencia Técnica

Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica, capacitación y supervisión al personal de salud de EPS'C, EPS'S e IPS públicas y privadas que

funcionen en el área de cobertura en los diferentes componentes del programa, incluido el oportuno control de brotes de enfermedades Inmunoprevenibles.

Desarrollar un plan de asistencia técnica y difusión de la Resolución 412 del 2000 o la que la modifique a todos los actores del sistema para el logro de coberturas útiles de vacunación, en sus normas de vacunación según el esquema del PAI; detección temprana de la atención del parto, del recién nacido y del menor de 10 años.

Participar en los diferentes eventos nacionales, regionales o departamentales a los que se convoquen.

Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento para mejorar la vigilancia, prevención y atención de las enfermedades prevenibles por vacunas.

Vigilancia en Salud Pública.

Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacuna, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en su jurisdicción.

Desarrollar las acciones de vigilancia en salud pública en la investigación y búsqueda activa de casos institucional y comunitaria (según corresponda) así como de contactos, toma de muestras y envío al Laboratorio Departamental de Salud Pública para la vigilancia de sarampión, rubéola, difteria, tos ferina, fiebre amarilla, parálisis flácida aguda, meningitis y tétanos neonatal.

Seguimiento a los MRC realizados por los municipios, acompañamiento y supervisión en uno de los monitoreos programados y dar cumplimiento en el envío al INS y MPS.

Enviar oportunamente al Instituto Nacional de Salud el reporte de los casos y de las investigaciones de las enfermedades inmunoprevenibles que se presenten en el municipio con copia al MPS.

Sistema de Información

Delegar el sistema de información del PAI a un técnico o profesional que sea exclusivo para la recepción, consolidación y envío oportuno de la información a nivel nacional.

Envío de la información a nivel nacional de dosis aplicadas, a más tardar el día 10 calendario de cada mes.

Monitorear en forma permanente el consolidado diario y mensual de la información con auditoría de la calidad del dato a las IPS que presten el servicio de vacunación.

Consolidar y analizar la información de coberturas de vacunación para ser remitidas oportunamente a las secretarías departamentales de salud.
De acuerdo a los resultados de coberturas **tomar acciones correctivas** oportunas para el logro de la metas.

Generar la información requerida por el sistema de información tal como lo defina el MPS.

Implementar estrategias que permitan dar cumplimiento al indicador de oportunidad en el envío de la información de las dosis aplicadas al nivel nacional.

Cotejar la información de las dosis aplicadas y reportadas por los tres niveles para verificación de concordancia y hacer los ajustes necesarios de manera oportuna.

Movilización Social

Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social para la prevención de enfermedades, que correspondan con las características culturales de la población y que cubran efectivamente las poblaciones de riesgo existentes para el logro de coberturas útiles de vacunación.
Coordinación de actividades con el Programa Familias en acción (capacitación y seguimiento y cumplimiento de la Resolución 412)

Informar, motivar y orientar a la población hacia los servicios y campañas de vacunación.

Fortalecer la participación de la familia y la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud de los niños y niñas en trabajo conjunto estrategia AIEPI y programa Ampliado de Inmunizaciones.

Estrategias para Ampliación de coberturas.

Garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras.

Realizar monitoreo y evaluación al cumplimiento de la norma de vacunación al recién nacido en las instituciones que atienden partos.

Consolidar por municipio y total del departamento datos de población a vacunar según edad y nivel de aseguramiento.

Apoyar con contratación y desplazamiento de personal de vacunación para realizar censos de canalización, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas de población dispersa.

Concurrir para el desarrollo de Jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según lineamiento nacional o según el riesgo de los municipios, así como, para el desplazamiento de personal de vacunación para realizar censos de canalización, monitoreos rápidos de coberturas y vacunación en áreas de población dispersa.

En el presente año el Ministerio de la Protección Social **impulsará el desarrollo de jornadas de vacunación**. Las fechas y las orientaciones técnicas específicas serán comunicadas oportunamente por la Dirección General de Salud Pública por intermedio del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Tabla No.3 Indicadores y Metas de Vacunación Departamentales.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	METAS ANUALES
Porcentaje de menores de 1 año vacunados con polio, DPT, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, Hepatitis B, rotavirus y BCG	95% de cobertura en los menores de 1 año en todos los municipios del país con todos los biológicos
Porcentaje de niños y niñas de 1 año vacunados con sarampión, rubéola, parotiditis y fiebre amarilla	95% de cobertura en los niños y niñas de 1 año en todos los municipios del país
Cumplimiento de monitoreos de cobertura de vacunación realizados	100% de los municipios con 4 monitoreos en el año
Cumplimiento de búsquedas activas institucionales y comunitarias de parálisis flácida aguda, sarampión, rubéola, tétanos neonatal y fiebre amarilla.	100% de los municipios con 4 búsquedas en el año
Inventario de red de frío municipal realizado	100% de municipios con inventarios realizados
Calidad y oportunidad en la notificación semanal de fiebre amarilla, sarampión, parálisis flácida, tétanos neonatal.	Porcentaje de casos sospechosos o probables notificados oportunamente al SIVIGILA mayor al 80%.
Oportunidad de la notificación de coberturas	100% municipios con notificación oportuna y con al menos el 90% de los municipios mensualmente.
Número y porcentaje de municipios que recibieron asistencia técnica para la implementación de las políticas y planes de salud pública en PAI	100% de los municipios de su jurisdicción han recibido asistencia técnica para la implementación de las políticas y planes de salud pública en PAI
Número y porcentaje de EPS'C, EPS'S e IPS que recibieron asistencia técnica en lineamientos PAI	100% de las EPS'C, EPS'S e IPS que operen en la jurisdicción y que han recibido asistencia técnica para la implementación de las políticas y planes de salud pública en PAI

8. LINEAMIENTOS DE LA JORNADA DE VACUNACION DE LAS AMERICAS 2011

8.1 OBJETIVO GENERAL

Intensificar la vacunación en la población infantil, en mujeres embarazadas y en edad fértil, en forma masiva durante el periodo comprendido entre 24 de abril y 31 de mayo de 2011 con el lema “**Vacuna a tu familia, protege a tu comunidad**”, con el propósito de poner al día en vacunación a los niños y niñas del departamento que deben iniciar o que se encuentren atrasados en los esquemas de vacunación, poder así cumplir la meta propuesta por el Gobierno Nacional de obtener al final de cada año, las coberturas útiles de vacunación y evitar enfermedades prevenibles por vacunas.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Intensificar la vacunación infantil en niños de 0 - 5 años 11 meses 29 días, en forma masiva durante abril y mayo.
- Vacunar al total de la población infantil entre 6 y 23 meses con una o dos dosis de influenza.
- Vacunar al total de la población mayor de 60 años con una dosis de influenza.
- Realizar búsqueda, seguimiento y vacunación de la población susceptible menor de 6 años.
- Fortalecer el plan de eliminación del tétanos neonatal, administrando dosis de esquema a toda mujer gestante y MEF que no haya iniciado o finalizado su esquema con 5 dosis de Td.
- Apoyar el control de la fiebre amarilla, administrando una dosis de esta vacuna a toda persona de 1 a 59 años sin antecedente vacunal en zonas de riesgo.

8.3 METAS DEPARTAMENTALES

- Vacunar a **1.894** recién nacidos con BCG y HB dosis de RN.
- Vacunar a **6.275** niños menores de un año con primera, segunda o tercera dosis de VOP y vacuna pentavalente (DPT, hepatitis B y Hib).
- Vacunar a **2.672** niños menores de un año con primera y segunda dosis de rotavirus.

- Vacunar al menos **2.484** niños de un año con triple viral.
- Vacunar al menos **3.485** niños de un año contra Fiebre Amarilla.
- Vacunar al menos **33.887** niños de 6 a 23 meses con una o dos dosis de influenza.
- Vacunar al menos **2.481** niños de 18 meses con refuerzo de DPT y polio.
- Vacunar al menos **2.391** niños de 5 años con refuerzo de DPT, Polio y Triple Viral.
- Aplicar al menos 1 dosis de Td al 100% de las gestantes en el territorio nacional y a las mujeres en edad fértil (MEF) de 10 a 49 años que la requieran y que sean residentes en municipios de alto riesgo para Tétanos neonatal.

8.4 POBLACIÓN PRIORITARIA.

En el marco del documento de OPS/2011 referente a la planificación de la semana de vacunación de las Américas, la población objeto a cubrir durante la Jornada Nacional de Vacunación son los niños y niñas de 0 a 5 años de edad de todo el territorio departamental, principalmente a los residentes en municipios de, con altos índices de NBI, en situación de desplazamiento por el conflicto armado, bajas coberturas de vacunación (<50%) y municipios con población indígena.

Población menor de un año de municipios con bajas coberturas: se debe intensificar la vacunación en el municipio de Elías que en el 2010 presentó coberturas de VOP3 por debajo del 50%, en donde viven 92 menores de un año.

Niños entre 6 y 23 meses: se realizará vacunación a todos los niños entre 6 y 23 meses con una o dos dosis de acuerdo a su esquema de vacunación de influenza, tabla 4.

Tabla No 4 dosis de influenza a aplicar en 2011

NÚMERO DE DOSIS APLICADAS EN 2010 A NIÑOS DE 6 A 23 MESES	APLICAR	NÚMERO DE DOSIS APLICAR EN 2011 EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES
0 DOSIS	→	2 DOSIS
1 DOSIS	→	2 DOSIS
2 DOSIS	→	1 DOSIS

Es importante tomar los datos de identificación y ubicación de los vacunados con primera dosis de influenza en un formato diferente al registro diario, con el fin de facilitar la ubicación del usuario, para realizar el seguimiento y la aplicación de la segunda dosis, que se realizará en mayo y junio.

Adultos mayores de 60 años: se realizará vacunación a todos los mayores de 60 años con una dosis de influenza.

Población indígena: en los municipios de Neiva, La Plata, Palermo, Rivera, San Agustín y Villavieja, se intervendrá con acciones específicas de vacunación, según necesidades y requerimiento de cada población, contando con el apoyo de las alcaldías municipales, las gobernaciones indígenas, Secretarías de Salud, las EPS del subsidiado y del contributivo, las IPS privadas, públicas, indígenas, las ONGs y demás organismos de apoyo al sector salud a partir de los cronogramas de actividades existentes.

8.5 MOVILIZACIÓN SOCIAL

La movilización social es determinante para el éxito de la jornada. Se divide en dos subcomponentes: participación y comunicación social. Las actividades se realizarán en todos los niveles: central, departamental, distrital y municipal (IPS y ESE).

En comunicación social se ha definido el lema para esta jornada como “Vacuna a tu familia, protege a tu comunidad”, el cual debe llegar a la población objeto, a las madres y padres o responsables de los niños.

Las Secretarías Departamentales deberán realizar campañas de comunicación por radio y prensa, en los municipios se deberá realizar perifoneo unos días antes de iniciarse la SVA y en los municipios donde residen grupos indígenas esta difusión deberá realizarse utilizando el idioma propio de estas poblaciones.

El Ministerio distribuirá algunos materiales para la difusión de la jornada, pero es responsabilidad de las entidades territoriales la elaboración de materiales para radio, televisión y medios escritos, así como materiales impresos. A nivel departamental y distrital se recomienda usar el mismo y usar los fondos descentralizados de promoción y prevención para financiar los planes de comunicación social, con el fin de divulgar ampliamente los objetivos, metas, estrategias y cronograma de jornada. Las artes de los afiches de esta jornada, podrán ser descargados de la siguiente dirección electrónica: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&Itemid=3646

Se deberán realizar reuniones del Comité de infancia tanto a nivel departamental como municipal con el fin de lograr el apoyo de instituciones privadas y públicas para comprometerlos con actividades y recursos de apoyo para la jornada. Adicionalmente se debe buscar apoyo de la jornada por parte de la iglesia católica y otras instituciones religiosas así como al comité internacional de la Cruz Roja y otras ONG's en zonas de difícil acceso por conflicto armado.

8.6. FASES OPERATIVAS

Para cumplir con las metas propuestas se plantean cuatro fases o etapas: pre jornada, Semana de Vacunación en las Américas, día de Jornada, y pos jornada.

Pre Jornada: A realizarse entre el 1 y 23 de abril, durante la pre jornada se debe alcanzar por lo menos el 90% de la meta propuesta con apoyo de buena divulgación de las actividades de vacunación a realizar, igualmente se deben implementar las estrategias tendientes al logro de las poblaciones prioritarias, asentamientos marginales, áreas de difícil acceso, áreas con población desplazada, comunidades indígenas, jardines, colegios, etc.

Semana de Vacunación en las Américas: Periodo comprendido entre el 24 y el 29 de abril, durante la Semana de Vacunación en las Américas se debe realizar intensificación de la programación de actividades extramurales, a nivel urbano y rural. Durante la semana de vacunación de las Américas incluyendo el día de jornada se debe alcanzar por lo menos el 5% de la meta propuesta.

Día de Jornada: Se realizará el sábado 30 de abril, con lanzamientos políticos en todos los departamentos con especial énfasis en departamentos fronterizos como: Arauca, Amazonas, La Guajira, Guanía, Norte de Santander, Putumayo, Nariño, Vaupés, Vichada y la instalación de puestos de vacunación en lugares

estratégicos de cada municipio, el lanzamiento central de la jornada nacional se hará desde el municipio de Leticia en el departamento de Amazonas.

Post jornada: A realizarse entre el 1 y 15 de mayo, durante este periodo se debe llegar hasta las últimas veredas de cada municipio y a cada resguardo indígena, asegurando la vacunación del 100% de la población objeto de esta jornada. Durante la post jornada se debe realizar búsqueda del resto de población hasta alcanzar el 95% de la meta propuesta. 43

9. SISTEMA DE INFORMACIÓN

La información oportuna y de calidad permite realizar medidas correctivas en el desarrollo del programa. Para la jornada de vacunación, el PAI ha establecido un formato para consolidar la información, la cual debe ser enviada por correo electrónico al grupo del PAI del Ministerio de la Protección Social con las siguientes especificaciones:

Tabla No. 5 Formato de Consolidación de Información.

Informes	Contenido del informe	Formato
1.PREJORNADA	Informar semanalmente así: <ul style="list-style-type: none"> • Lo vacunado del 1 al 6 de abril • Lo vacunado del 7 al 13 de abril • Lo vacunado del 14 al 22 de abril • Lo vacunado del 23 al 27 de abril 	Formato Adjunto en Excel
2. JORNADA	Lo vacunado el 28 y 30 de abril	Formato Adjunto en Excel
3. TOTAL MES DE ABRIL	Lo vacunado entre 1 y 30 de abril	PLANTILLA MENSUAL DE INFORME
4. POST JORNADA MES DE MAYO	Informe del programa permanente y actividades extramurales del 1 al 31 de mayo.	PLANTILLA MENSUAL DE INFORME

Planeación: Se deberá realizar mayor focalización en aquellos municipios que en el año 2010 terminaron con coberturas con VOP3 menores o iguales al 50%, en los municipios con población indígena o afro colombiana, en municipios con población desplazada y en zonas de difícil acceso geográfico. Es necesario implementar todas las tácticas que permitan llegar a todos los grupos de población: la vacunación casa a casa, por concentración, jornadas locales, ampliación de horarios institucionales, correrías, brigadas, seguimiento de cohortes. Todos los departamentos, municipios (IPS y ESE) deben elaborar un plan de acción que permita tener claridad en las actividades a realizar y en la evaluación permanente de la cobertura alcanzada.

Evaluación Del Plan de Comunicaciones: Simultáneamente a la evaluación de coberturas debemos evaluar el plan de comunicaciones previsto para la realización de la jornada. La información debe consolidarse por Municipio y Departamento y enviarse al MPS, con el resumen mensual de dosis aplicadas a cada asistente técnica PAI.

10. ESTRATEGIAS DE VACUNACION

Las estrategias de vacunación a emplear, depende de la situación particular de cada entidad territorial, de la población a vacunar, el acceso a los servicios existentes y disponibles, los recursos disponibles, la experiencia previa actividades similares, etc. Algunas de estas estrategias son:

Vacunación intramural o institucional: En la jornada se debe facilitar el acceso permanente a las vacunas en toda IPS que preste el servicio durante las 8 horas diarias. Se debe ampliar el horario de vacunación en aquellas IPS que tengan horarios parciales para la prestación del servicio.

Se debe aprovechar todo contacto con la población objeto al llegar a los servicios, independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación al SGSSS. Todas las IPS que presten servicios de vacunación deben establecer puestos adicionales en los servicios de consulta externa y urgencias, así como para la vacunación de niños hospitalizados que no tengan contraindicaciones.

Las EPS deben coordinar, facilitar, participar, brindar apoyo logístico y velar porque se realice la vacunación de su población afiliada. Se debe establecer mecanismos de concertación y acuerdos con las administradoras y los prestadores, para garantizar la universalidad de la vacunación en todos los niños. Además, deben garantizar el diligenciamiento de los registros respectivos y su remisión a los programas de vacunación de los municipios o departamentos, según la directriz nacional.

Vacunación extramural: Se realizará por medio de:

Visitas casa a casa en especial en las zonas urbanas marginales, poco accesibles al programa regular.

Brigadas de salud en zonas de difícil acceso, previa promoción de la vacunación por concentración una semana antes de la visita.

Vacunación casa a casa en zonas urbanas con alto riesgo (albergues, población desplazada).

Vacunación con puestos fijos en zonas de concentración poblacional (parques, centros comerciales, guarderías, centros educativos, hogares geriátricos etc.)

Vacunación con puestos móviles complementarios a los puestos fijos, en zonas urbanas altamente pobladas.

11. EVALUACION DE COBERTURAS DE VACUNACION

Posterior a la Jornada se debe realizarse en cada municipio una evaluación de coberturas, esta es una herramienta de gran utilidad que permitirá evaluar el impacto de las acciones en vacunación y a partir de allí planificar nuevas intervenciones. Por lo tanto se requiere programar la evaluación de coberturas entre el 15 y el 30 de mayo, para realizar esta actividad debe revisar lineamiento de evaluación de coberturas y oportunidad de la vacunación del Ministerio de la Protección Social.

12. EVALUACIÓN DE INDICADORES

Para medir el éxito de la jornada, se evaluarán los siguientes indicadores:

Número y porcentaje de niños de 1 a 4 años con primera, segunda y tercera dosis de pentavalente vacunados durante la Jornada

Número y porcentaje de MEF vacunadas con primera dosis de Td en municipios de riesgo, durante la Jornada

Cobertura de vacunación con primera y/o segunda dosis de influenza estacional en niños de 6 a 23 meses.

Porcentaje de personas entrevistadas en áreas previamente seleccionadas que tengan conocimiento sobre la SVA.

13. ACCIONES COLECTIVAS

Responsabilidad de las EPS: éstas deberán concurrir a las intervenciones individuales y comunitarias ante la presencia de uno o más casos probables de tos ferina. La entidad municipal, local o distrital de salud debe convocarlas para que participen activamente en estas intervenciones, incluidas las visitas de campo.

Responsabilidad de las direcciones municipales de salud: la dirección municipal de salud realizará la investigación epidemiológica de campo de todos los casos probables dentro de las primeras 72 horas de notificados y realizará operación de barrido. En esta operación se deben cubrir como mínimo cinco manzanas alrededor del domicilio de la persona afectada.

En la investigación es importante establecer los siguientes puntos:

- La fuente de infección;
- Los antecedentes de vacunación;
- Los antecedentes de contacto con otro caso;
- La evaluación de los contactos;
- Otros factores que facilitan la transmisión de la enfermedad, y
- Los individuos susceptibles

Contactos cercanos: quien haya tenido contacto directo con secreciones orales, nasales o respiratorias de una persona sintomática o se haya encontrado frente a frente con un enfermo durante un acceso de tos a menos de 60 cm de distancia o haya permanecido de forma prolongada en un sitio cerrado.

Los siguientes se consideran individuos susceptibles:

- Niños menores de 7 años con esquemas de vacunación incompleta.
- Niños menores de 5 años próximos a vacunación.
- Niños o adultos con inmunodeficiencias u otras enfermedades graves como bronquitis crónica o fibrosis quística.

14. DEFINICION Y DESCRIPCION DEL PAI

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Chile es un país suscrito al cumplimiento de las metas internacionales del PAI.

14.1. OBJETIVOS

Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud; erradicar la Poliomielitis y el Sarampión y mantener niveles de protección adecuados mediante programas de vacunación de refuerzo.

14.2. ACCIONES DEL PAI DESDE EL PIC

Promoción de la salud y calidad de vida.

Promoción de la estrategia de vacunación sin barreras con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación.

Prevención de los riesgos en salud.

Apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal.

Realización de censos de canalización y vacunación extramural, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas dispersas según lineamientos nacionales.

Suplementación con vitamina A, “estrategia PAI - plus” en poblaciones de alto riesgo.

14.3 ACCIONES PAI EN EL PIC

- Coordinar permanentemente las actividades del PAI con todas las Instituciones Promotoras de Salud (IPS).
- Evaluar mensualmente las coberturas de vacunación, por biológico y municipio, en menores de un año. Igualmente en el grupo de un año (Triple Viral), en el de embarazadas (TD), y en el de las mujeres en edad fértil de zonas en riesgo para la transmisión del Tétanos Neonatal (TD).

- Identificar mensualmente zonas que estén en riesgo por tener bajas coberturas de vacunación (inferiores al 95%). Esto con el fin de implementar inmediatamente los correctivos necesarios para mejorar los resultados.
- Implementar oportunamente las jornadas de intensificación de la vacunación, cuando se detecten brotes de alguna de las enfermedades inmunoprevenibles en las zonas de alto riesgo.
- Identificar grupos especiales de población con quienes es difícil implementar estrategias específicas para su vacunación y protección.

14.4 ACCIONES DEL PAI EN EL POS

- Coordinar con cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las actividades propias del PAI dentro del POS. Estas son de obligatorio cumplimiento.
- Cubrir toda la población objeto del PAI, con el esquema único de vacunación para el país.
- Divulgar por medios masivos de comunicación, los objetivos y actividades más importantes del programa.
- Garantizar permanentemente la Red de Frío.
- Evaluar el indicador nacional de "niños de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación".
- Evaluar mensualmente las coberturas de vacunación por biológico, según la población asignada o beneficiaria.

14.5 METAS DEL PAI

- Concertar con todos los alcaldes del país, las acciones del PAI que se puedan desarrollar dentro del PAB (Plan de Atención Básica). Esto, con el fin de garantizar la cobertura universal de vacunación.
- Mantener, en la población objeto del programa, coberturas de vacunación por biológico y municipio iguales o superiores al 95%. Se deben tener en cuenta para BCG, situaciones diferenciales de acuerdo con la cobertura municipal del parto institucional.
- Disminuir a menos del 15% la tasa de menores de un año de edad, que entre la 1a y 3a dosis de una vacuna, abandonan la aplicación.

- Mejorar en un 100% la respuesta inmunológica de los menores de cinco años a la vacunación con DPT y Antipoliomielítica. Aplicar refuerzos obligatorios a los 18 meses de edad (o al año de la tercera dosis), y a los 5 años.
- Mejorar en un 100% la respuesta inmunológica de los menores de 10 años a la vacunación con Triple Viral (Rubéola, Sarampión, Parotiditis), aplicándoles un refuerzo obligatorio.
- Vacunar con Triple Viral el 100% de los jóvenes entre 14 y 15 años de edad. Esto, mediante la Segunda Jornada Nacional de Vacunación Contra Rubéola Congénita, cumpliendo así con el propósito de impactar radicalmente esta patología.
- Evitar la aparición de brotes de Sarampión en cada uno de los municipios del país. Para ello se deben mantener coberturas con la Triple Viral iguales o superiores al 95%, en niños menores de un año. Se deben cumplir estrictamente los lineamientos para la vigilancia epidemiológica del Sarampión.
- Vacunar con Antipolio, D.P.T., B.C.G., Anti-Hepatitis B y Anti-Haemophilus influenzae al 100% de los niños menores de un año.
- Vacunar con Triple Viral al 100% de los niños de un año y aplicar un refuerzo al 100% de ellos al cumplir los 10 años.
- Vacunar con Toxoide Tetánico - Diftérico al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en áreas de riesgo para Tétanos Neonatal y al 100% de las gestantes del país.
- Aplicar una dosis de vacuna Anti- Amarílica al 100% de población mayor de un año residente en zonas de riesgo.
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales a nivel nacional.
- Cumplimiento de indicadores objetos de erradicación en polio, sarampión, eliminación de tétanos neonatal y control de otras enfermedades.

- Capacitación permanente a todo el personal encargado del Programa y de la Vigilancia en Salud Pública de las enfermedades inmunoprevenibles.

14.6 SITUACION ACTUAL DEL PAI

Actualmente, la tasa oficial de vacunación está calculada al nivel municipal. Los departamentos consolidan la información municipal y se encargan de mandar esta información al INS, el cual agrega y calcula la tasa nacional de cobertura. De los 32 departamentos, 18 usan un software para el registro de información, diseñado para ingresar fácilmente los datos y calcular la cobertura por cada vacuna. El resto de Departamentos presentan problemas de atrasos en la entrega de la información, de sub-reportaje por parte de los municipios (algunos informan a tiempo, otros no) y de validez de los datos (sub-registro o sobre-registro de vacunación) 10. El tamaño de este error aún no ha sido cuantificado, aunque fue estudiado en una muestra pequeña de vacunados.

Otro problema importante relacionado con la cobertura es que subsisten grandes inequidades geográficas y poblacionales en los niveles de vacunación. Los municipios de mayor pobreza y lejanía se encuentran muy por debajo de los promedios nacionales y departamentales. Por ejemplo, a pesar de contar con poblaciones similares de niños entre 0 y 1 año de edad, el departamento de Tolima reporta coberturas de alrededor de 100%, mientras que el Departamento del Cauca muestra niveles entre 63% y 71%. Por lo tanto no existe un cumplimiento de las metas a nivel nacional.

En el aspecto de comportamiento epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles han estado controladas, aunque se presentó un brote de Ssíndrome Cuqueluchoide por esquema incompleto. Se mejorará la oferta de servicios a través de las 3 jornadas nacionales de vacunación, se adelantarán 4 MRC, que nos permitirán cruzar los porcentajes de coberturas administrativas con los reales, arrojando resultados entre adecuado y óptimo.

En el municipio el esquema PAI en < de un año se completa al cumplir el año de edad, por lo tanto año tras año, los susceptibles de un año o más, son mínimos (en esta edad se miden coberturas con TV y antiamalírica que para nuestro caso están en calificación optima), El indicador de cumplimiento de BCG en menores de un año nos mide accesibilidad al servicio de vacunación y se encuentra en calificación óptima. Otro lineamiento que ha incentivado a los municipios, es que el PAI mide eficiencia administrativa para el caso de asignación de recursos.

14.7 ESTRATEGIAS DEL PAI

1. Vacunación casa a casa.
2. Intensificaciones.
3. 3 jornadas al año.

4. Semana de vacunación de las Américas abril: influenza.
5. Intensificación julio programa permanente.
6. Día de ponerse al día septiembre para presentar resultados a DNP.

15. MARCO CONTEXTUAL

República de Colombia, Departamento del Huila, Municipio de Pitalito.

Nuestro municipio se llama Pitalito y está situado al sur de departamento del Huila, casi en el vértice que forman las cordilleras central y oriental. Su configuración es montañosa, pero no presenta mayores alturas; solo pequeñas ramas que vienen a morir al Valle de Laboyos donde se asienta la ciudad de Pitalito, a 1.318 metros sobre el nivel del mar. Con una extensión de 666 kilómetros cuadrados.

SITUACIÓN ASTRONÓMICA

Latitud norte 1° 51' 7".

Longitud oeste 76° 03' 23"

LIMITES

El municipio limita así:

Al norte con Saladoblanco, Elías y Timaná.

Al sur con Palestina y el Departamento del Cauca

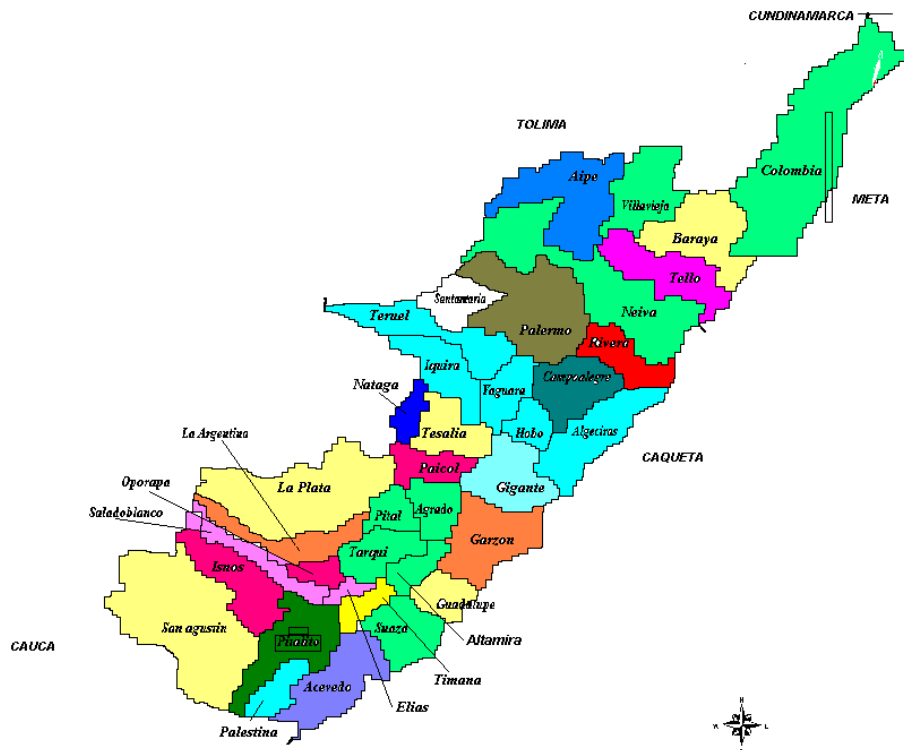
Al oriente con Acevedo.

Al occidente con San Agustín e Isnos.

Como se observa en el mapa N° 1. Pitalito ubicado en el sur de Departamento del Huila con los municipios límites 53

UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE PITALITO EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.

Mapa No. 1



FUENTE: División Planeación Departamental. Cortesía de la Secretaria de Salud Departamental.

PITALITO

CLIMA

El municipio de Pitalito presenta un clima húmedo con variaciones térmicas. Durante todo el año su temperatura varía entre 18° y 21° Centígrados hacia la mitad del año en los meses de mayo, Junio y Julio se presenta un periodo de invierno moderado.

El verano tiene dos periodos: el primero en los meses de Diciembre, Enero y Febrero, y el segundo en Octubre.

Según los pisos térmicos predomina el clima templado por tener alturas que

Pitalito tiene ocho corregimientos en el área rural, los cuales se describen a continuación con sus respectivas sedes:

Tabla No. 7 División Política del Área Rural de Pitalito.

CORREGIMIENTOS	No. DE VEREDAS	SEDE
CORREGIMIENTO UNO, BRUSELAS	32	ANTIGUA INSPECCIÓN DE BRUSELAS
CORREGIMIENTO DOS, LA LAGUNA	10	ANTIGUA INSPECCIÓN DE LA LAGUNA
CORREGIMIENTO TRES, CRIOLLO	20	ANTIGUA INSPECCIÓN DE CRIOLLO
CORREGIMIENTO CUATRO, VILLAS DEL NORTE (CHILLURCO)	17	ANTIGUA INSPECCIÓN DE CHILLURCO
CORREGIMIENTO CINCO, LA ESPERANZA (PALMARITO)	11	ANTIGUA INSPECCIÓN DE PALMARITO
CORREGIMIENTO SEIS, RIVERAS DEL GUARAPAS (CHARGUAYACO)	16	VEREDA HONDA PORVENIR. SUBSEDES (ESCUELA EL MACAL Y ANTIGUA SEDE INSPECCION DE CHARGUAYACO)
CORREGIMIENTO SIETE, GUACACAYO.	6	ANTIGUA INSPEC CION DE GUACACAYO.
CORREGIMIENTO, OCHO, PRADOS DEL NORTE	17	EL SITIO CONOCIDO COMO AGUA DULCE.

Fuente: Pitalito, mi Municipio. Primera edición 2003.

Características generales de la población.

El municipio de Pitalito está situado al sur del Departamento del Huila, casi en el vértice que forman las cordilleras central y oriental. Su configuración es montañosa, pero no presenta mayores alturas; sólo pequeños ramales de las cordilleras que vienen a morir en el Valle de Laboyos donde se asienta la hermosa y pujante Ciudad de Pitalito a 1.318 m. sobre el nivel del mar. 56

Ubicación Geográfica: El Municipio de Pitalito está localizado en la zona sur del Departamento del Huila a los 1°, 52'; latitud norte, 76°, 02" longitud oeste, dista de Neiva a 188 Km., tiene una extensión de 591 Km2. Limita al norte con los municipios de Timaná, Elías y Salado blanco, al occidente con los municipios de Isnos y San Agustín, al sur con el municipio de Palestina y el departamento del Cauca y al oriente con el municipio de Acevedo.

Localizado estratégicamente como paso desde el interior del país a los Departamentos del Cauca, Caquetá, Putumayo, está atravesado por la vía panamericana que comunica a Caracas con Quito, tal ubicación lo posiciona como Municipio estratégico para sr la capital de la Surcolombianidad.

Tamaño de la Población: De acuerdo con el último censo del Sisben publicado a finales del año 2005, la población urbana es de 66.205 habitantes, en la zona rural

43.881 habitantes y en los Centros poblados de 5.691 habitantes, para un total de 115.777.

Etnias: Se presenta comunidades indígenas, entre ellas Yanacona y Rumiayaco, una minoría negra no organizada y en general Blancos nativos, además hay gran cantidad de emigrantes fundamentalmente de los departamentos del Putumayo, Caquetá, Cauca y otros.

Empleo: Las oportunidades generadas por la ubicación geográfica del Municipio, el crecimiento comercial, la productividad de las tierras, han estimulado el crecimiento demográfico y el desplazamiento, lo que han generado un desequilibrio entre la demanda y la oferta de trabajo.

Aspectos demográficos: Natalidad: En la actualidad se tiene un registro de 29.2 x 1000 habitantes. Fecundidad: El estimado en el Municipio es de 87.2 x 1000 mujeres. Mortalidad: Se da en una proporción estadística de 6.6 x 1000 habitantes.

Nivel educativo: La población Laboyana presenta el siguiente comportamiento estadístico: el 22% (15.777 personas) no ha recibido ningún tipo de formación académica formal ni informal. De las personas mayores de 12 años el 72% sabe leer y escribir, el 28% no sabe ni leer ni escribir. Se estima que el 63,1% de los Laboyanos tiene primaria completa, el 20,6% ha cursado estudios de bachillerato, el 0,3% ha terminado alguna carrera técnica o tecnológica y el 1,4% tiene título universitario. De la población, solo el 0,2% ha logrado un título de postgrado. La cobertura escolar en el 2001 fue de 21.239 niños y jóvenes, en el 2003 fue de 23.502 niños y jóvenes.

Enfermedades frecuentes: se han clasificado las siguientes enfermedades como las más frecuentes de la población Laboyana, la cual da un parte de tranquilidad y se trabaja permanentemente de la mano de la secretaria de Salud Municipal y Departamental en busca de minimizar los casos de tener o adquirir los habitantes de esta región este tipo de enfermedades; las cuales se expone en la siguiente tabla:

Características demográficas.

Natalidad: En la actualidad se tiene un registro de 29.2 x 1.000 habitantes.

Fecundidad: El estimado en el Municipio es de 87.2 x 1.000 Mujeres.

Mortalidad: Se da en una proporción estadística de 6.6 x 1.000 Habitantes.

Incidencia de

enfermedades: Las primeras 10 enfermedades transmisibles de notificación obligatoria en el 2003 fueron las que se dan a conocer en la tabla 8.

Características Sociológicas y culturales

En el Municipio, el tipo de familia predominante es la familia nuclear, seguida por la familia mono parenteral paterna y/o maternal, en tercer lugar las familias recompuestas o extensas por afinidad, en el área urbana se puede establecer que existe un tipo de familia nuclear y en el área rural predomina la familia extensa, aquella compuesta por parientes distintos a los padres y a los hijos.

La problemática familiar más frecuente es la inasistencia alimentaria seguida por las situaciones de conflicto asociadas con violencia intrafamiliar. La problemática de maltrato infantil, abuso sexual y suicidio que en otros años eran muy superiores, han ido disminuyendo paulatinamente.

En cuanto al fenómeno del desplazamiento, este se ha presentado por el conflicto interno de violencia, la localidad se ha convertido en este receptor, el municipio de Pitalito ha estado recibiendo población desplazada aproximadamente desde 1997, siendo los años 2001 y 2002 los tiempos donde hubo más recepción de familias y personas que huían del conflicto, consecuencia que surgió a raíz de la zona de distensión en el Departamento del Caquetá hacia el año 2003 minimizo un poco la llegada de la población en situación de desplazamiento, según se puede medir por el número de declaraciones dadas en la personería del municipio, sí embargo continúan produciéndose ingresos esporádicos de personas y grupos familiares afectado de esta manera se puede hablar que en el Municipio Pitalito, 776 familias están inscritas en el registro único de población desplazada que lleva la red de solidaridad como ente gubernamental a cargo de esta población en el país fuera de las familias que se encuentran en espera de que quedar incluidas o no en dichos registros después de haber dado sus respectivas declaraciones al momento de haber llegado.

Niveles de organización y participación comunitaria. La división territorial en comunas y corregimientos, creada mediante acuerdos 015 del 30 de Mayo de 2001 por el Honorable Consejo Municipal dividió el territorio del Municipio en cuatro comunas y ocho Corregimientos. En cada una de las comunas y corregimientos existe una junta administradora Local.

Sus principales actividades económicas: Son la agrícola, ganadera y artesanal. Su principal autoridad es: El Alcalde quien representa el poder ejecutivo que en este período lo está representado Carlos Arturo Giraldo Aragón, seguido por el legislativo y el judicial.

Respecto a las IPS en el Municipio de Pitalito existen IPS (E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, E.S.E. Manuel Castro Tovar, Clínica Saludcoop, Clínica Valle de Laboyos). 14 EPS-s (Comfamiliar del Huila, Humana Vivir, Asmetsalud, Sol Salud, Comparta, Saludcoop, Nueva EPS, Emcosalud, Coomeva, Caprecom, Saludcoop, Emcosalud, SER).

Tabla No.8 Esquema Nacional de Vacunación para tos ferina

Esquema nacional de vacunación para tos ferina				
A los 2 meses	Pentavalente*	1 dosis	Difteria, tetanos, tos ferina , <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, hepatitis B	IM
A los 4 meses	Pentavalente	2 dosis	Difteria, tétanos, tos ferina , <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, hepatitis B	IM
A los 6 meses	Pentavalente	3 dosis	Difteria, tétanos, tos ferina , <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, hepatitis B	IM
Al año de la tercera dosis	DPT	1er refuerzo	Difteria, tétanos, tos ferina ,	IM
A los 5 años	DPT	2do refuerzo	Difteria, tétanos, tos ferina ,	IM

16. MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES

Antígeno: Sustancia o grupo de sustancias capaces de estimular la producción de una respuesta inmune (específicamente de anticuerpos). En algunos inmunobiológicos el antígeno está claramente definido (Toxoide Diftérico o Tetánico). En otros es complejo o no está completamente definido (virus vivos atenuados, suspensiones de Bordetella Pertussis muertas).

Diagnóstico: Parte de la medicina que se ocupa en la determinación de las enfermedades por los síntomas de las mismas.

Dosis: Cantidad total de un medicamento que se administra en una vez o durante un periodo determinado.

Eficacia. Aptitud de un medicamento para producir los efectos propuestos, determinada por métodos científicos.

Estabilidad. Aptitud de un principio activo o de un medicamento, de mantener en el tiempo sus propiedades originales dentro de las especificaciones establecidas, en relación a su identidad, concentración o potencia, calidad, pureza y apariencia física.

Establecimiento farmacéutico. Es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.

Evento adverso. Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

Fármaco. Es el principio activo de un producto farmacéutico.

Farmacocinética clínica. Es la disciplina que aplica los principios farmacocinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fármacos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.

Fármaco epidemiología. Es el estudio del uso y efecto de los medicamentos en un número elevado de personas, empleando los conocimientos, métodos y razonamientos de la epidemiología, teniendo como componentes los estudios de uso de medicamentos y la fármaco vigilancia.

Fármaco vigilancia. Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

Forma farmacéutica. La disposición individualizada a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento. Es la presentación final de un producto, definida de acuerdo a su forma farmacéutica y grado de esterilidad.

Indicaciones. Estados patológicos o padecimientos a los que se aplica un medicamento.

Interacciones. Influencia de un medicamento, alimento u otra sustancia sobre el comportamiento o la eficacia de otro medicamento.

Inmunización: Término que designa el proceso mediante el cual se induce o transfiere inmunidad artificialmente. Este se hace mediante la administración de un inmunobiológico. La inmunización puede ser activa o pasiva.

Inmunobiológicos: Productos utilizados para inmunizar. Incluyen vacunas, toxoides y reparados que contengan anticuerpos de origen humano o animal.

Lote. Cantidad definida y homogénea de materia prima, material o de un producto que posee las especificaciones de calidad, elaborado en un proceso o serie de procesos determinados, realizado(s) bajo condición(es) constante(s).

Materia prima. Sustancia activa o inactiva que se emplea en la elaboración de productos farmacéuticos, que puede permanecer inalterada, sufrir transformaciones o ser eliminada en el proceso. Se excluyen los materiales de empaque y envase.

Medicamento. Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

Paciente. Persona a quien se prescribe el o los medicamentos o que va a usarlos, en el caso de los de venta libre.

Perfil fármaco terapéutico. Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución, realizada en el servicio farmacéutico, con el objeto de hacer el seguimiento farmacológico que garantice el uso seguro y

eficaz de los medicamentos y detecte los problemas que surjan en la farmacoterapia o el incumplimiento de la misma.

Seguridad. Es la característica de un medicamento según la cual puede usarse sin mayores posibilidades de causar efectos tóxicos no deseables. La seguridad de un medicamento es una característica relativa.

Trazabilidad. Capacidad para seguir la historia, la aplicación o localización de todo aquello que está en consideración en un medicamento, especialmente lo relacionado con el origen de los materiales, el proceso de elaboración y la localización del producto después de salir del sitio de elaboración.

Uso adecuado de medicamentos: Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva. 62

Vacuna: Suspensión de microorganismos vivos, inactivados o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas que al ser administradas inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

Vacunación: El término vacunación significó inicialmente la inoculación del virus de la viruela vacuna (de las vacas), para inmunizar contra la viruela humana. Hoy en día se utiliza para referirse a la administración de cualquier vacuna, independientemente de que el receptor quede adecuadamente inmunizado.

SIGLAS

ARS: Administradora de régimen subsidiado.

ARS: Administradores de Riesgos en Salud (aseguradores públicos)

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CT: Coordinación técnica

ESE: Empresa Social del Estado. Son una categoría de entidad pública descentralizada, que cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa por medio de la cual la nación o las entidades territoriales prestan servicios de salud en forma directa.

EPS. Entidades promotoras de servicios de salud.

IPS: Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, privadas o mixtas

corresponden a las entidades que tienen como fin prestar los servicios en su nivel de atención a los afiliados y beneficiarios (hospitales, centros o puestos de salud). Estas entidades tienen como principio la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía técnica, administrativa y financiera.

INS: Instituto Nacional de Salud.

MPS: Ministerio de Protección Social.

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PAB: plan de atención básica

PAB: Plan de Atención Básica.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

PGN: Presupuesto General de la Nación.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

RAM: Reacciones Adversas al Medicamento.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud. 63

17. MARCO LEGAL

Por la Constitución Nacional Colombiana, la salud es un derecho fundamental de todos los nacionales y corresponde al Estado garantizar su cumplimiento el cual está estipulado en los artículos 45, 48 y 49 de la misma.

De acuerdo a la carta política de 1991, quedó establecida la seguridad social en salud como un derecho de todos los nacionales siendo de carácter obligatorio y acatando los principios de universalidad, solidaridad e integridad, unidad y participación.

La Ley 100 de 1993, establece el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para todos los habitantes del territorio nacional; en el capítulo III en sus artículos 162, 163, 165 y 166 los cuales se refiere a la protección integral de las familias en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades incluyendo la atención materna – infantil y la cobertura familiar en el plan de intención básica (PAB) quien complementa lo dispuesto en el Plan Obligatorio de Salud (POS) de acuerdo a la resolución Número 03997 de 1991 que establece las actividades a desarrollar en el sistema de seguridad social en salud como de obligatorio cumplimiento por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Ley 485 1998. Por medio de la cual se reglamenta la profesión de Tecnólogo en Regencia de Farmacia y se dictan otras disposiciones.

Resolución 412 de 2000. Establece las normas técnicas de protección específica, detección temprana y las guías de atención Integral para enfermedades de interés en Salud Pública.

Ley 715 de 2001. Establece la Distribución de competencias y recursos del sector - Entrega el 10% de eficiencia por coberturas.

Documento CONPES 91 de 2005. Objetivos del Milenio.

Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia: vacunación como un derecho impostergable de la primera infancia.

Ley 1122 de 2007. Realiza ajustes al SGSSS.

La Ley 1151 de 2007. Fortalecerá el PAI e incluirá por lo menos un nuevo biológico en el cuatrienio.

Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública.

Resolución 425 de 2008. Planes Territoriales de Salud.

Ley 1373 de 2010. Universaliza neumococo y rotavirus.

Bases del plan de desarrollo:

Se transcenderá de coberturas útiles por biológico, a coberturas útiles con esquema completo de vacunación para la edad.

Se implementará el sistema de información nominal del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Se fortalecerá el seguimiento de los planes operativos para el desarrollo del PAI a cargo de los aseguradores y entidades territoriales y concentrarse en disminuir las brechas regionales.

Se avanzará en la universalización de la vacuna de neumococo, así como en evaluaciones de costo efectividad y factibilidad programática para incluir nuevos biológicos en el esquema de vacunación.

18. HIPOTESIS

El tener coberturas útiles en vacunación en los municipios, previene en sus menores de 6 años, la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. 66

19. METODOLOGIA

INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL

Al profundizar sobre la el PAI en el Municipio Pitalito, se hizo uso principalmente de un estudio correlacional, pues existe una gran relación entre los aspectos de vacunación y las enfermedades inmunoprevenibles. Estos aspectos permiten fortalecer el trabajo investigativo, los cuales sirven de pilar y soporte para la determinación o comprobación de las tantas actividades que se desarrollan en este trabajo.

METODO ANALITICO

Se estudiarán hechos y fenómenos tan importantes en la salud ocurridos a niños menores de 6 años y que son relacionados con el uso de adecuado y oportuno de los inmunobiológicos. Se determina así la importancia, las relaciones entre ellas, como están organizadas y cómo funcionan estos elementos.

ENFOQUE HISTORICO HERMENEUTICO

El enfoque histórico hermenéutico permite la interpretación de sucesos o hechos presentados en el pasado y a partir de allí establecer una secuencia lógica. Este estudio busca el apoyo de datos e información epidemiológica que contribuya en buena medida a portar luces y que oriente un análisis del tema propuesto.

LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La fuente de información es secundaria, los datos provienen de estudios de campo desarrollados por la Secretaría de Salud Municipal y 2 epidemiólogos.

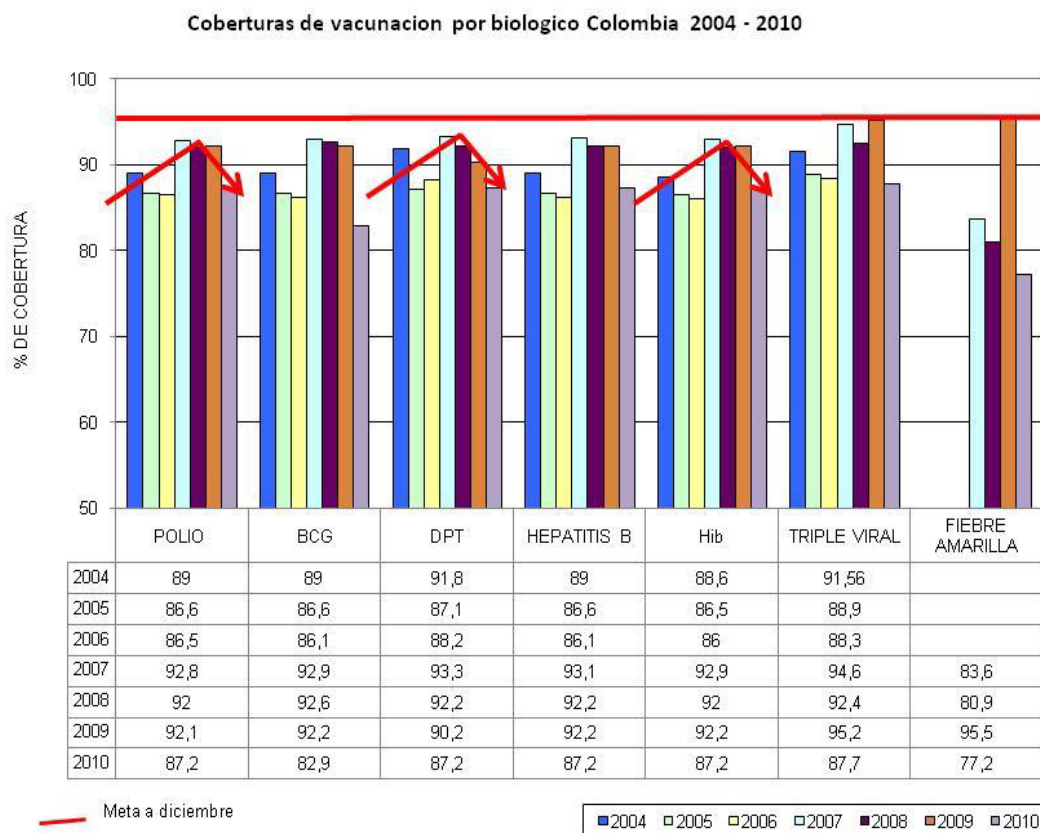
TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos se tabulan y se procede a sus respectivos análisis.

Técnicas estadísticas: Para el recuento, clasificación y ordenación de la información recolectada para la cual utilizaron cuadros estadísticos.

Presentación de la información: los diferentes datos obtenidos en el proceso investigativo se presentan en una redacción escrita, tabulando las variables de igual manera permite utilizar figuras, gráficos y/o de columnas para su mejor apreciación.

Gráfica No.1 - Cobueturas de vacunación por biológico en Colombia 2004 – 2010



Se observa, el no cumplimiento de las metas de vacunación, especialmente en el año 2010.

Tabla No. 9 Coberturas de Vacunación en Colombia a diciembre de 2010

META DICIEMBRE	95	FALTA
POLIO	87,2	7,8
DPT	87,2	7,8
BCG	82,9	12,1
HEPATITIS B	87,2	7,8
Hib	87,2	7,8
TRIPLE VIRAL	87,7	7,3
FIEBRE AMARILLA	77,2	17,8
ROTAVIRUS	73,9	21,1

Gráfica No.2 - Coberturas de Vacunación Incluyendo Rotavirus en el Cuatrenio 2007 – 2010

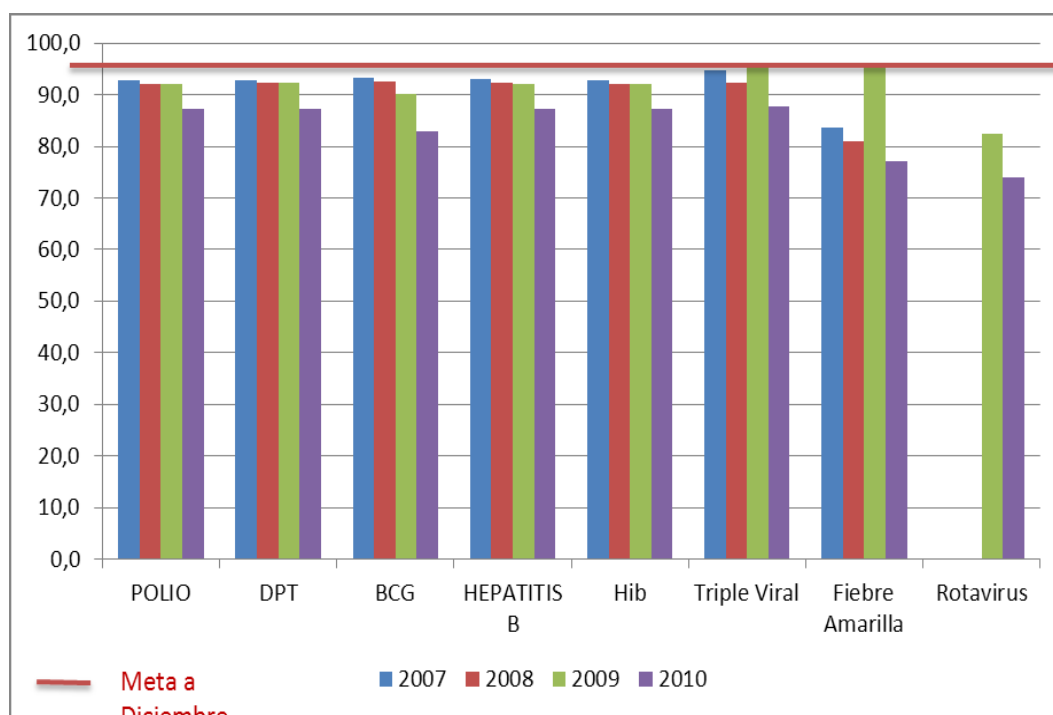



Tabla No. 10 - Monitoreo Departamental




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

CUARTO MONITOREO

DEPARTAMENTO DEL HUILA/2010

MUNICIPIO	Menor de 7 meses			De 7 a 11 meses			De 12 a 23 meses			De 2 a 4 años			De 12 a 23 meses SRP			De 2 a 5 años SRP		
	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%
LA ARGENTINA	7	7	100	5	5	100	14	12	86	55	55	100	14	13	93	55	55	100
LA PLATA	23	21	91	13	12	92	42	37	88	165	162	98	42	41	98	165	164	99
NATAGA	9	9	100	3	3	100	4	4	100	37	35	95	4	4	100	37	35	95
OPORAPA	11	10	91	4	4	100	15	14	93	64	64	100	15	15	100	64	64	100
PAICOL	7	6	86	6	6	100	13	13	100	59	59	100	13	13	100	59	59	100
PALERMO	10	10	100	11	10	91	24	21	88	63	63	100	24	24	100	63	63	100
PALESTINA	8	8	100	8	8	100	19	17	89	51	50	98	19	19	100	51	50	98
PITAL	4	4	100	7	7	100	13	13	100	59	58	98	13	13	100	59	58	98
PITALITO	25	22	88	18	16	89	68	55	81	179	168	94	68	60	88	179	169	94
RIVERA	4	4	100	2	2	100	7	6	86	44	44	100	7	6	86	44	44	100
SALADOBLANCO	5	5	100	6	6	100	9	9	100	58	58	100	9	9	100	58	58	100
SAN AGUSTIN	8	8	100	5	5	100	19	17	89	67	65	98	19	18	95	67	65	98
SANTA MARIA	14	13	93	7	7	100	12	12	100	59	58	98	12	12	100	59	59	100
SUAZA	7	7	100	10	10	100	12	5	42	53	53	100	12	12	100	53	53	100

Tabla No. 11- Monitoreo Departamental



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Libertad y Orden

CUARTO MONITOREO

DEPARTAMENTO DEL HUILA/2010

MUNICIPIO	Menor de 7 meses			De 7 a 11 meses			De 12 a 23 meses			De 2 a 4 años			De 12 a 23 meses SRP			De 2 a 5 años SRP		
	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%	N. Niños	Esquema adecuado	%
TARQUI	8	8	100	3	3	100	14	12	86	59	54	92	14	14	100	59	57	97
TELLO	7	6	86	9	9	100	20	17	85	76	75	99	20	20	100	76	75	99
TERUEL	5	5	100	4	4	100	13	11	85	59	59	100	13	13	100	59	59	100
TESALIA	6	6	100	3	3	100	24	19	79	49	47	96	24	22	92	49	47	96
TIMANA	10	10	100	6	6	100	11	6	55	61	56	92	11	8	73	61	51	84
VILLAVIEJA	6	6	100	4	4	100	13	13	100	54	54	100	13	13	100	54	54	100
YAGUARA	7	7	100	5	5	100	14	12	86	56	56	100	14	13	93	56	56	100
TOTAL DPTO	417	392	94	279	270	97	807	680	84	2916	2826	97	807	759	94	2916	2843	97

ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICAS

Se observa que el municipio de Pitalito, no cumplió con las coberturas útiles en vacunación, en ninguno de los grupos de edad en menores de 5 años, durante el año 2010, y comparado con el año inmediatamente anterior, hecho que motivó la aparición de enfermedades inmunoprevenibles de todo tipo en el municipio.

Este riesgo se da, al no contar con coberturas iguales o por encima del 95 % por la inmunidad de rebaño.

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el año 2010, en todos los biológicos, La vacuna contra Rotavirus que debido a su corto periodo de aplicación no llegaba al 95% y más, desde su introducción en el año 2007, en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura pero vuelve a disminuir en el 2010.

A pesar de esta situación, existen logros importantísimos en el Municipio de Pitalito en aspectos del PAI y en el control de enfermedades así:

1. Ocho años sin Fiebre Amarilla.
2. Dieciocho años sin Poliomielitis.
3. Dieciocho años sin poliomielitis.
4. Doce años sin Sarampión.
5. Cuatro años sin casos de Rubéola.
6. Disminución de casos de tosferina.

7. Ausencia de casos de difteria.
8. Eliminación de TNN como problema de salud Pública Nacional y Provincial
9. Disminución de la tendencia de neumonías y meningitis por Hib.
10. Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmunoprevenibles.

Tabla No. 12 - Cuadro Resumen de Casos Diagnóstico Diferencial Tos Ferina

No.	EDAD	SEM ANA EPID EMIO LOGI CA	SIN TO MA TOL OGI A	TR AN SMI SION	ESQUEMA DE VACUNACION DEL MENOR QUE PRESENTO EL EVENTO	# DE NIÑO S < DE 5 AÑO S EN EL SECT OR	# DE NIÑOS < DE 5 AÑOS CON ESQUE MA ADECU ADO PARA LA EDAD EN EL SECTO R	% COB ERTU RAS DE VAC UNA CION EN EL SECT OR	VALORACI ON DE COBERTU RAS VACUNAC ION EN EL SECTOR	HA CIN AMI EN TO	DESP LAZ MIET O NO DENT RO DE LOS 21 DIAS ANTE S DEL EVEN TO	# DE EN FER MOS	# DE CO NT AC TO S
1.	2 meses	35	Si	Si	Adecuado	15	9	60%	No útiles	No	Si	1	4
2	9 meses	24	Si	No	Adecuado	18	15	83%	No útiles	No	No	1	6
3	5 meses	16	Si	Si	Adecuado	12	11	92%	No útiles	Si	No	2	9
4	2 Años	38	Si	Si	Adecuado	8	6	75%	No útiles	Si	No	2	2
5	2 meses	40	Si	Si	No adecuado	18	12	67%	No útiles	Si	No	1	3
6	13 meses	42	Si	No	Adecuado	11	10	91%	No útiles	No	Si	1	5
7	3 meses	47	Si	Si	Adecuado	10	7	70%	No útiles	Si	No	1	7
8	5 meses	45	Si	No	No adecuado	19	14	74%	No útiles	Si	No	2	10
9	4 meses	45	Si	Si	No adecuado	10	8	80%	No útiles	Si	No	1	4
10	3 meses	50	Si	No	No adecuado	7	5	71%	No útiles	No	No	1	2
TOTAL						128	97				TOTAL	13	52

FUENTE: FICHAS DE INVESTIGACION DE CAMPO, AÑO 2010, ESE MUNICIPAL MANUEL CASTRO TOVAR.

Los datos de la anterior tabla son verídicos y sus variables se introdujeron de acuerdo a las fichas de investigación de campo, tomadas de la carpeta No.4, de la serie Vigilancia Epidemiológica, subserie Informes Tos ferina, fecha extrema 31 de diciembre de 2010 facilitadas por la SSM.

La epidemiología tiene entre uno de sus objetivos primordiales el estudio de la distribución y los determinantes de las diferentes enfermedades. La cuantificación y la medida de la enfermedad o de otras variables de interés son elementos fundamentales para formular y testar hipótesis, así como para permitir comparar las frecuencias de enfermedad entre diferentes poblaciones o entre personas con o sin una exposición o característica dentro de una población determinada.

La medida más elemental de frecuencia de una enfermedad, o de cualquier otro evento en general, es el número de personas que la padecen o lo presentan, sin embargo, dicha medida por sí sola carece de utilidad para determinar la importancia de un problema de salud determinado, pues debe referirse siempre al tamaño de la población de donde provienen los casos y al periodo de tiempo en el cual estos fueron identificados.

Para este propósito, en epidemiología suele trabajarse con diferentes tipos de fracciones que permiten cuantificar correctamente el impacto de una determinada enfermedad, los cuales procederemos a desarrollar según la tabla anterior.

Proporción= $10/128 = 0.0078$ (7.8%)

El valor de una proporción puede variar así de 0 a 1, y suele expresarse como un porcentaje.

Razón = $128-10=118$
 $10/118 = 5/59 = 0.084\%$

Este corresponde a la razón entre la población de niños enfermos y la población de niños sanos.

Odds = $1/0.084 = 11.9$ 72

Esto quiere decir que por cada 11.9 niños sanos hay 1 que si manifiesta la enfermedad. Odds significa probabilidad de que ocurra un evento o que no ocurra.

Tasa de Morbilidad = $(10/128) \times 100$
 $= 0.078 \times 100 = 7.8$

7.8% De cada 100 niños menores de 6 años enfermaron o manifestaron la enfermedad.

Tasa de Prevalencia = $(10/128) \times 100 = 7.8$

7.8% Esta es la proporción de niños que manifiestan enfermedad en el año 2010.

Incidencia = $(10/128) \times 100 = 7.8 = 7.8\%$

Esta es la proporción de niños sanos que desarrollaran la enfermedad en un año.

ANALISIS DEL CASO

De los diez casos notificados a la Secretaría de Salud Municipal, durante el 2010 de síndrome cuqueluchoide que es un diagnóstico diferencial de tos ferina (Tabla No.11).

El 100 % presenta edades por debajo de los dos años, edad en la que es más frecuente el evento.

El 100 % de los casos se presentaron en el segundo semestre del año (el año cuenta con 52 semanas epidemiológicas).

El 60 % de los casos cuenta con una fuente de transmisión, un familiar que vive bajo el mismo techo.

El 60 % de los casos presentaban hacinamiento, otro de los factores de riesgo que propician la aparición de la enfermedad.

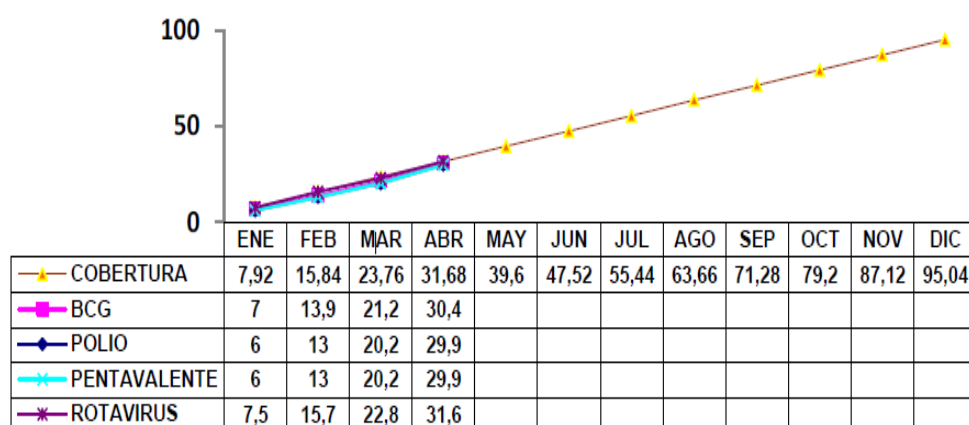
El 20 % de los casos presentan desplazamientos 21 días anteriores a la aparición de los síntomas, lo que muestra como se ha ido diseminando la enfermedad, que es de alta transmisibilidad.

El 100 % de los casos presentan en sus sectores de residencia coberturas no útiles, por debajo del 95 % aspecto este que permite la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles que son altamente transmisibles en los menores de 5 años.

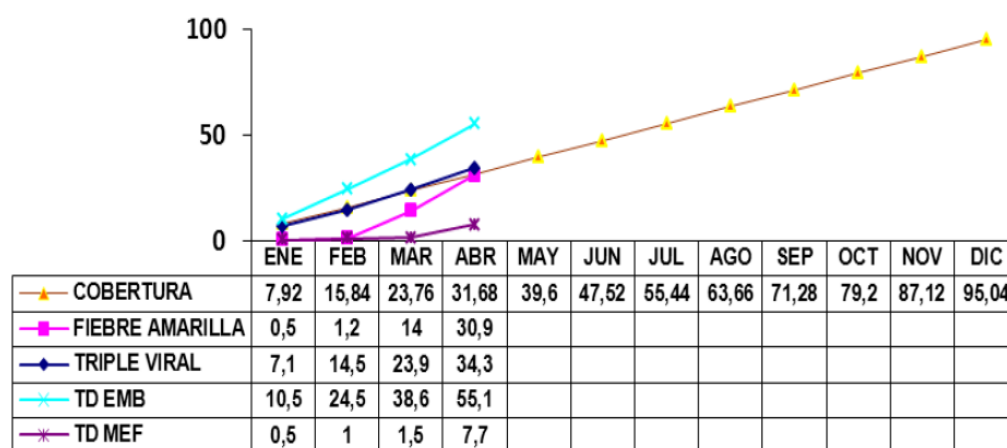
Las enfermedades inmunoprevenibles además de presentar un factor importante de transmisión persona a persona, son enfermedades que puede terminar con la vida del menor y/o dejar secuelas para toda la vida.

Proyección de Coberturas de Enero a Diciembre de 2011

Gráfica No. 3 - Cobertura Con Bcg, Polio, Pentavalente, Rotavirus Y Neumococo En Menores De 1 Año. Pitalito Huila 2011



Gráfica No.4 - Cobertura con Fiebre Amarilla, Triple Viral en Niños de 1 Año, Td Embarazadas y Td Mujeres en Edad Fértil - Pitalito Huila 2011



Fuente: Informes mensuales de vacunación – Gerencia PAI - Regional Sur 2011

ANALISIS:

Teniendo como punto de partida la regionalización de la gerencia del PAI a nivel del Huila, se encuentra que el municipio de Pitalito ha presentado grandes avances:

En menores de un año, el biológico pentavalente presenta un retraso del 1,7 % en la cobertura de abril, que equivale a 8 menores faltantes, BCG presenta un atraso en coberturas del 1,2 % y rotavirus presenta ya coberturas útiles. A partir del inicio de las gerencias regionales, y específicamente de la de Pitalito, las coberturas aumentaron de febrero a abril entre 8,8% a 9,7 %, cuando antes de implementada la estrategia, lo máximo que se alcanzaba en coberturas era del 8 %. De seguir con estas estrategias sostenidas, al finalizar el presente año se logran coberturas por encima del 95 %.

En menores en edad de un año, los avances en coberturas fueron del 10,6% a excepción de MEF en donde se aumentó el 6,2 %. Es de aclarar que en este biológico la meta es de 35.289 MEF y por estar en fase de eliminación la enfermedad, se han cubierto muchas mujeres con el esquema completo, pero debido a no contar con un sistema de información confiable, no se ha cruzado la información con las ya vacunadas.

ANALISIS DE CASOS DE MENINGITIS BACTERIANA PITALITO Y SUR DEL HUILA 2010

Se presentaron 38 casos reportados por las Unidades notificadoras de datos (Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y Clínica Saludcoop) en el año 2010 procedentes del área sur del departamento del Huila.

De acuerdo con la procedencia se tiene los siguientes municipios de casos comprobados de meningitis bacteriana diagnosticados clínicamente y por líquido cefalorraquídeo (no se aislaron los gérmenes causales por cultivo de líquido cefalorraquídeo):

Pitalito:	8 casos
San Agustín:	6 casos
Acevedo:	4 casos
San Adolfo:	2 casos
Palestina:	2 caso
Oporápa:	2 casos
Isnos:	1 caso
Otros (Choco):	1 caso.

Casos descartados por historia clínica o por remisión a III nivel en donde los descartaron así:

Pitalito:	7 casos
San Agustín:	2 casos
Isnos:	1 caso
Acevedo:	1 caso

Los casos descartados son:

De Pitalito

1. Señora de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus, falla renal crónica quien consultó por dolor en la nuca y dorso y compromiso neurológico en la clínica Saludcoop donde intentaron en varias ocasiones de realizarle punción lumbar sin obtener resultados. Se remitió a Neiva donde se descartó meningitis.

2. Niño de 19 días de nacido quien consultó por síntomas respiratorios severos que inicialmente ante la no mejoría adecuada se le practicó una punción lumbar con análisis negativo para meningitis, continuando con igual esquema de tratamiento y mejoría, se aisló en el Hemocultivo estafilococo.

3. Señora de 27 años con antecedentes de VIH + en estado de SIDA terminal quien clínicamente correspondía a un estado séptico donde no se demostró

meningitis pues no se hizo punción lumbar por retiro voluntario, posteriormente fallece.

4. Niña de 2 años de edad con cuadro clínico de fiebre y episodio convulsivo, con deshidratación y compromiso de su estado general. Punción lumbar negativa para meningitis, se trató sin antibióticos al parecer por síntomas respiratorios virales y deshidratación con buena evolución.

5. Niño de 22 meses de edad con antecedentes de derivación ventrículo peritoneal por antecedentes de hidrocefalia, consultó por fiebre y malestar general de varios días de evolución con punción lumbar dudosa, fue remitido a Neiva, valorado por neurocirujano quien descartó meningitis.

6. dos casos presentados en el mes de Diciembre con reporte en las Fichas del Sivigila no se les practicó punción lumbar.

Casos de San Agustín:

1. persona de 23 años con punción lumbar no concluyente (escrita en la ficha epidemiológica) al que no se le encontró historia clínica.

2. Niña de 8 años de edad quien presento evento convulsivo y la punción lumbar fue negativa para meningitis, se remitió a III nivel por evolución tórpida.

Caso de Isnos:

1. Señora de 48 años de edad con antecedentes de enfermedad cerebro-vascular encontrándose en la radiografía de tórax, infiltrados compatible con tuberculosis por lo que sospecharon TBC meníngea se remitió a Neiva. No hay datos ni se pudo confirmar su evolución. Perteneciera en caso de diagnóstico a TBC otras formas.

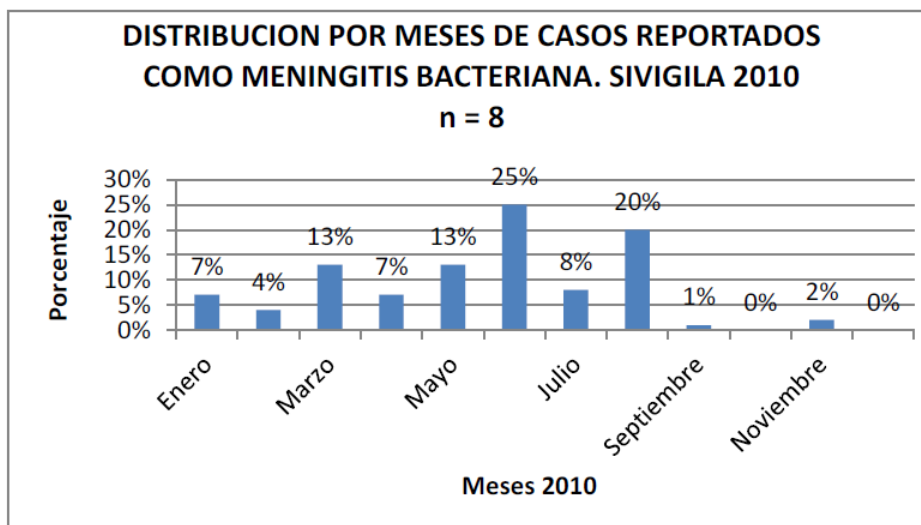
Caso de Acevedo:

1. Niño de 4 años de edad con cuadro de evento convulsivo tónico clónico generalizado con posterior cambios de comportamiento, agitación psicomotora y agresión, con fiebre no cuantificada, no se realizó punción lumbar, se remitió a Neiva para toma de TAC cerebral y por comentarios de la familia se descartó meningitis bacteriana.

El tratamiento en todos los casos fue el mejor. No hubo complicaciones de los casos que se trataron en nuestro municipio.

No se encontraron 7 historias clínicas que las habían reportado como sospecha de meningitis bacteriana.

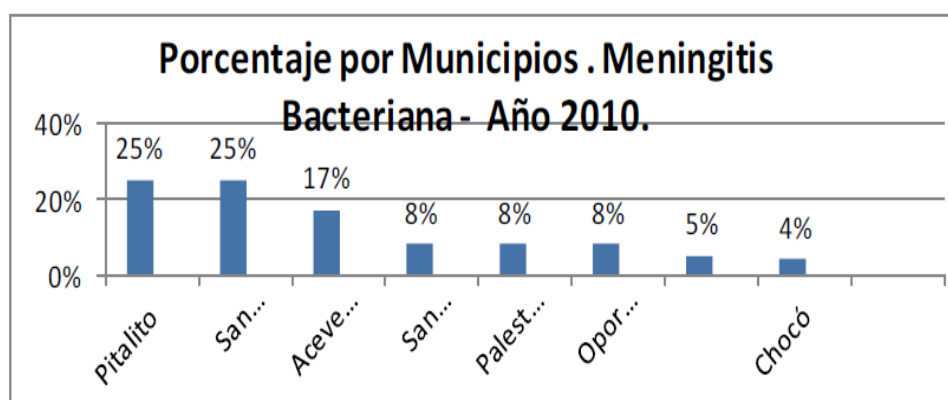
Gráfica No. 5 - Meses de ocurrencia de los casos de meningitis en el año 2010.



Fuente: SIVIGILA – Municipio de Pitalito.

A continuación mostramos en porcentajes de los casos de Meningitis Bacteriana presentados en el año 2010 la presencia de mayor incidencia o casos nuevos es en Pitalito con el 25 % de los casos o 8 casos confirmados de Meningitis y San Agustín con 6 casos. 7

Gráfica No.6 Distribución de Meningitis por municipios.



Fuente: SIVIGILA – Municipio de Pitalito.

En el cuadro siguiente se muestra las edades de los paciente que presentaron meningitis bacteriana , 6 casos corresponden a niños menores de 1 mes probablemente por la susceptibilidad que tiene esta edad para presentar infección y sepsis. Por las direcciones que anotaron en las fichas epidemiológicas y las

historias clínicas se pudo concluir que no hubo contactos ni contagio.

Tabla N° 13 Distribución por edades de casos de meningitis.

EDAD	Nº CASOS
< 1 mes	6
1mes-1 año	6
1 año- 2 años	5
2 años-10 años	5
>10 años	3

Fuente. SIVIGILA – Municipio de Pitalito.

Finalmente mostramos el porcentaje de pacientes remitidos a III nivel de complejidad. Por su evolución al deterioro, para aclarar diagnóstico a través de neuro-imágenes o en un caso para continuar tratamiento por motivo de desplazamiento.

Gráfica No. 7. Porcentaje de remisión a III Nivel de Atención.

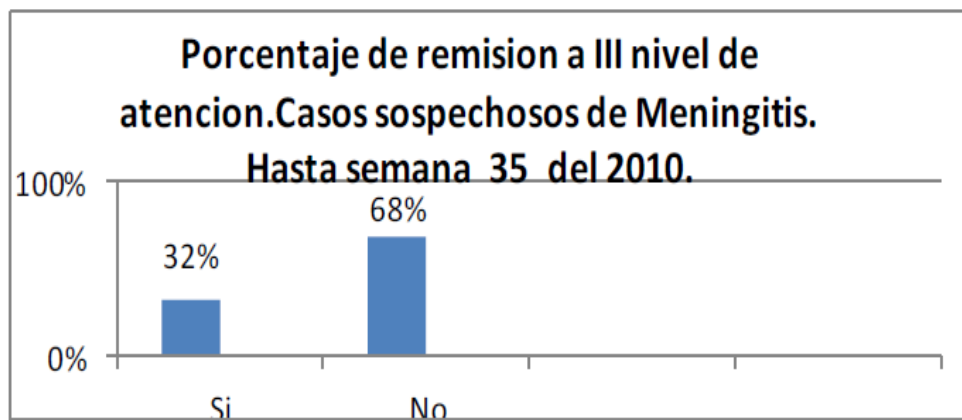


Tabla No.14 Esquema Nacional de Vacunación.

EADAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Antituberculosa-BCG	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	De recién nacido	Hepatitis B
A partir de los 2 meses de edad	PENTA VALIENTE	(DPT)	Difteria-tos ferina-tetano
		Haemophilus influenza tipo B	meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo B
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Vacuna oral de rotavirus	Diarrea por rotavirus
		Vacuna oral de polio-VOP	Poliomelitis
A partir de los 4 meses de edad	PENTA VALIENTE	(DPT)	Difteria-tos ferina-tetano
		Haemophilus influenza tipo B	meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo B
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Vacuna oral de rotavirus	Diarrea por rotavirus
		Vacuna oral de polio-VOP	Poliomelitis
A partir de los 8 meses de edad	PENTA VALIENTE	(DPT)	Difteria-tos ferina-tetano
		Haemophilus influenza tipo B	meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo B
		Hepatitis B	Hepatitis B
		Vacuna oral de polio-VOP	Poliomelitis
De 8 meses a 23 meses	Vacuna de influenza	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
		Segunda a las cuatro semanas de la primera	
A los 12 meses	sarampion,rubeola y papera(SRP)	Única	Sarampion,rubeola y papera
	Fiebre amarilla-FA-	Única	Fiebre amarilla
Al año de las terceras dosis	Difteria-tos ferina-tetano(DPT)	Primer refuerzo	Difteria-tos ferina-tetano
	Vacuna oral de polio-VOP	Primer refuerzo	Poliomelitis
A los 6 años de edad	Difteria-tos ferina-tetano(DPT)	Segundo refuerzo	Difteria-tos ferina-tetano
	Vacuna oral de polio-VOP	Segundo refuerzo	Poliomelitis
	sarampion,rubeola y papera(SRP)	Refuerzo	Sarampion,rubeola y papera
Mujeres en edad fértil (MEF) ENTRE LOS 10 Y 48 AÑOS DE EDAD	Tpoxide tetánico difterico del adulto-TA-	MEF 3 DOSIS Td1:Dosis inicial Td2:al mes de la Td1 Td3:alos 3 meses de Td1 Td4:al año de Td3 Td5:al año de Td4 En la MEF tiene antecedente de 3 dosis de DPT (tres de esquema y dos de refuerzos) aplicar un refuerzo cada 10 años después de las 3 dosis (15,25,35 y 45)	Difteria tétanos y tétanos neonatal
20 AÑOS DESPUES DE LA PRIMERA DOSIS	Fiebre amarilla-FA-	Refuerzo cada 20 años	Fiebre amarilla en zonas endémicas
2 a 11 meses	Streptococo Neumonía	2 meses:1a dosis;4 meses:2a dosis a 1 año de edad 3a dosis	Neumonías y meningitis por Neumococo
12 a 23 meses		Dos dosis con intervalos de 8 semanas	
24 a 35 meses		Única	

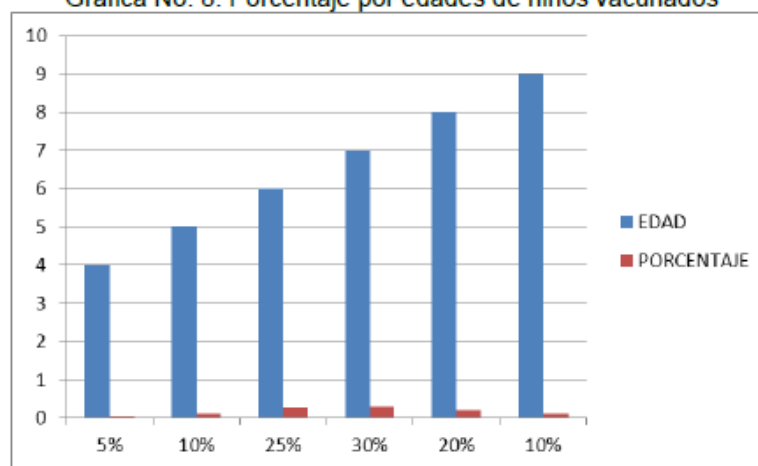
Tabla No.15 Encuesta.

ITEM	EDAD	SEXO		ESTRATO				Ud.se ha hecho vacunar alguna vez(Enctdo)		Cuan- tas vece s (Enctdo)	cuántas veces ha hecho vacunar a sus hijos				que vacunas han aplicado a sus hijos				Sus hijos enfermaron por no ser vacunados		Sabe Ud. Que por medio de las vacunas se previene n enfermedades		Visita al médico con frecuencia para el control de vacunas		Quien le informo a Ud acerca de vacunar a sus hijos			Motiva Ud. Para que se vacunen			
		M	F	1	2	3	4	si	no		1 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	varicela	sarampion	gripe	otra	si	no	si	No	si	no	amigos	familia	publicidad	si	no		
1	3	x			x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x			x			x		
2	7		x		x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x			x			x		
3	8		x		x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x			x			x		
4	6		x		x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x			x			x		
5	3	x			x			x		4			x		x	x				x	x		x				x		x		
6	7	x			x			x		7				x	x	x	x			x	x		x				x		x		
7	9		x		x				x	0		x			x	x		x	x			x		x	x					x	
8	6		x		x				x	0			x		x	x		x		x	x		x					x		x	
9	4		x		x			x		3		x			x	x				x	x		x				x		x		
10	6	x			x			x		4		x			x	x		x		x	x		x				x		x		
11	7		x		x				x	0				x	x	x	x	x		x	x		x				x		x		
12	6		x		x			x		3			x		x	x		x		x	x		x				x		x		
13	7	x			x				x	0				x	x	x	x	x		x	x		x				x		x		
14	8	x			x			x		2			x		x	x		x		x	x		x					x		x	
15	9	x			x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x				x		x		
16	7		x		x			x		1			x		x	x	x			x	x		x		x				x		
17	7		x		x			x		3				x	x	x	x	x		x	x		x		x				x		
18	6		x		x				x	0				x	x	x	x	x		x	x		x			x			x		
19	8	x			x			x		4				x	x	x	x			x	x		x				x		x		
20	8	x			x			x		6				x	x	x	x	x		x	x		x				x			x	
total		9	11	0	20	0	0	13	5	62	0	3	5	12	20	20	13	15	1	19	19	1	19	1	3	6	11	19	1		

Tabla No. 16 Análisis de Encuesta

ANÁLISIS DE LA ENCUESTA EN CALI-VALLE BARRIO FLORALIA II		
ANÁLISIS POR EDAD DEL ENCUETSADO		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	1	5%
5	2	10%
6	5	25%
7	6	30%
8	4	20%
9	2	10%
Total	20	100%

Gráfica No. 8. Porcentaje por edades de niños vacunados

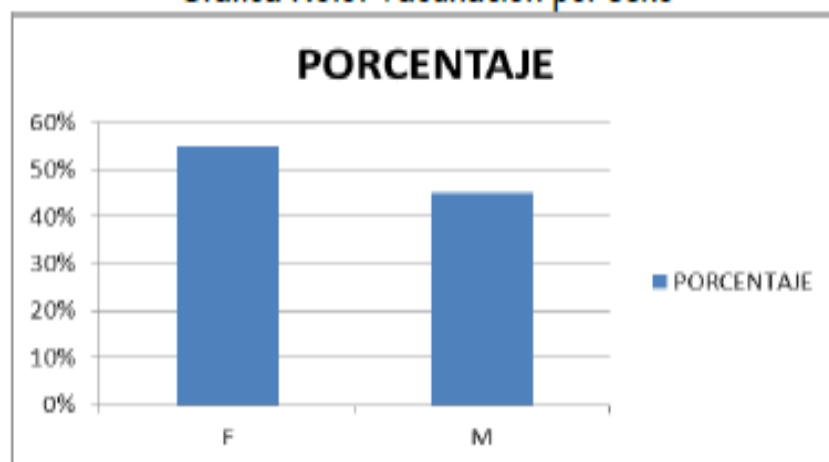


El 40% de los encuestados esta entre los 4 y 6 años, el otro 60% es población que se supone manejara otro esquema de vacunación y es menos vulnerable a contraerá enfermedades inmunoprevenibles.

Tabla No. 17. Análisis de Encuesta

ANALISIS DE LA ENCUESTA EN CALI-VALLE BARRIO FLORALIA II		
ANALISIS POR SEXO		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
F	11	55%
M	9	45%
TOTAL	20	100%

Grafica No.9. Vacunación por sexo

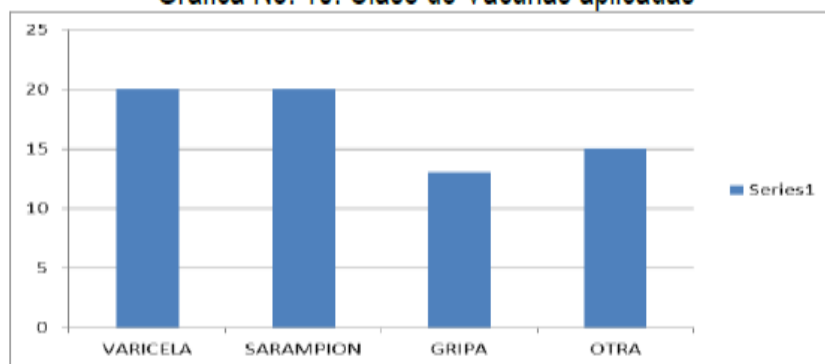


Con el 55%, las mujeres son conscientes de que el vacunarse o vacunar a sus hijos es una opción de mejorar la calidad de vida.

Tabla No. 18. Análisis de Encuesta

ANALISIS DE LA ENCUESTA EN CALI-VALLE BARRIO FLORALIA II			
QUE VACUNAS LE HAN APLICADOS A SUS HIJOS			
VARICELA	SARAMPION	GRIPA	OTRA
20	20	13	15

Grafica No. 10. Clase de Vacunas aplicadas

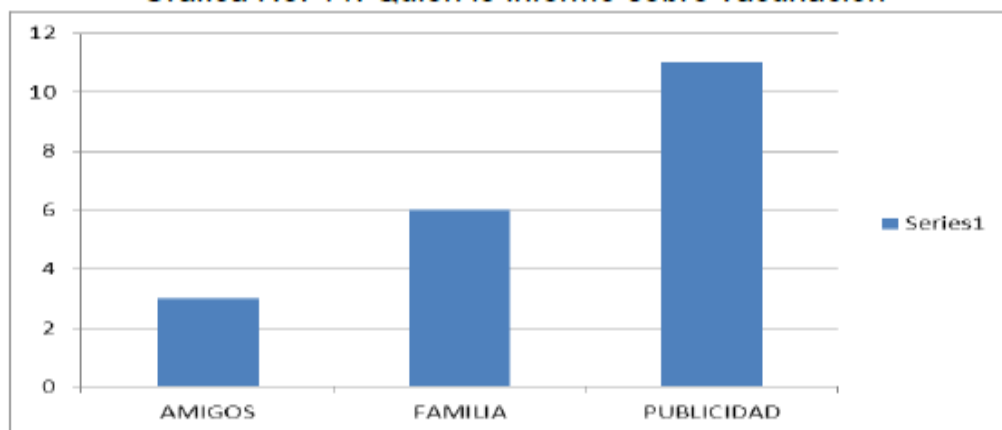


El 100% de la población se ha vacunado contra la varicela y el sarampión.

Tabla No. 19 Análisis de Encuesta

ANALISIS DE LA ENCUESTA EN CALI-VALLE BARRIO FLORALIA II		
QUIEN LE INFORMO PARA VACUNAR A SUS HIJOS		
AMIGOS	FAMILIA	PUBLICIDAD
3	6	11
15%	30%	55%

Grafica No. 11. Quien le informó sobre vacunación

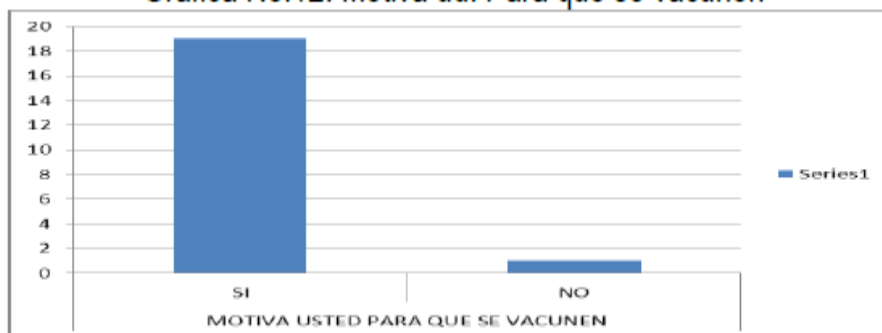


La publicidad con el 55%, sigue siendo el medio más efectivo para adelantar las campañas de vacunación.

Tabla No. 20. Análisis de Encuesta

ANALISIS DE LA ENCUESTA EN CALI VALLE BARRIO FLORALIA II	
MOTIVA USTED PARA QUE SE VACUNEN	
SI	NO
19	1
95%	15%

Grafica No.12. Motiva ud. Para que se vacunen



La gran mayoría de las personas o sea el 95% motivan a los demás para que se vacunen. 84

20. SOLUCIONES ALCANZADAS

La Secretaría de Salud Departamental del Huila decide establecer gerencias del PAI a nivel regional como estrategia para mejorar el acceso a los biológicos, garantizar cadena de frío y lograr coberturas útiles. Es así como las establece en las 4 ciudades principales del Departamento y que a su vez están ubicadas en los cuatro puntos cardinales del departamento. Una en la Ciudad de Neiva, otra en el Municipio de Garzón, otra en el Municipio de la Plata, y otra en el Municipio de Pitalito. Estas se manejarán el PAI, a través de las ESE,s Municipales de los respectivos municipios.

La regional sur le corresponde al Municipio de Pitalito con la ESE Manuel Castro Tovar, esta oficina estará a cargo de la Enfermera Especialista en Epidemiología, Gerencia y Auditoria de servicios de Salud, con más de 25 años de experiencia en direccionamiento de P y P, PIC, esta profesional le ha dado un nuevo rumbo en cuanto a la organización y desarrollo de acciones del PAI, de acuerdo a la norma. En este momento, el Municipio de Pitalito, por estrategia de semaforización (tabla de control gerencial que permite medir el comportamiento de los biológicos, por edad en niños, por municipio y por cobertura alcanzada mes a mes). Esta estrategia clasifica los municipios por colores en verde (coberturas iguales o superiores a 95 %), amarillo (de 80 a 94 %) y rojo menor a 80 %.

El establecimiento de estas gerencias a nivel regional, ya dio sus frutos especialmente en el Municipio de Pitalito, pues pasó de estar en rojo todos sus biológicos, a amarillo y verde.

Los biológicos de Antipolio, DPT, HB, Hib, BCG, Rotavirus y neumococo, que hacen parte de los indicadores trazadores en PAI en población objeto menor de un año se encuentra en color amarillo (80 a 94 %), equivalente a Coberturas No útiles y en niños de un año con indicadores trazadores para esta edad, TV en verde 85

(igual o mayor a 95 %), y FA en color amarillo (entre 80 y 94 %) la razón de esta baja cobertura es que no hubo oferta del biológico desde el año anterior y hasta mediados de febrero se normalizó el suministro. Los primeros y segundos refuerzos de las dosis de esquema (AP, DPT, HB, Hib), más los dos refuerzos de TV (a los 1 y 5 años) van en color amarillo.

Lo importante para la situación de cada municipio es que esquema que se inicie se termine hasta los refuerzos.

21. ESCENARIO SOCIO-CULTURAL DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Con la gran experiencia adquirida a través de estos años se han ido creando las condiciones favorables para lograr otro tanto con otras enfermedades como: sarampión, rubéola, rubéola congénita, tétanos neonatal, hepatitis B y algunas enfermedades invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) como la meningitis y la neumonía.

Por otra parte cada país dispone de un Programa de Inmunización adaptado a la situación epidemiológica de cada uno de ellos. Lo ideal sería disponer de un Programa básico o general que incluya a vacunas contra la mayoría de las enfermedades. (Ver Programas de Inmunización por países).

Estos Programas de Vacunación pueden estar dirigidos a grupos de riesgo determinado o a toda la población según sea el caso y siempre que todas las condiciones para este empeño sean dadas. La introducción de un Programa de Vacunación en cada país debe ser siempre colegiada y analizada con las autoridades de salud de los diferentes países, nunca debe ser un proceso mecánico, por ejemplo en países del cinturón meningítico de África, que se extiende desde Senegal en la costa oeste hasta Etiopía en la este, la enfermedad es producida de forma prácticamente absoluta por los serogrupos A, C y W135, por tanto sería poco útil la introducción de VAMENGOC-BC en un programa de inmunizaciones para esos países, a menos que se demuestre la circulación de meningococo del serogrupo B en la región.

A continuación se mencionan algunas vacunas recomendadas por la OMS, según la situación epidemiológica de las diferentes zonas geográficas.

México y América Central

- Hepatitis A
- Antimeningocócica B, C 87
- Fiebre Amarilla.
- Fiebre Tifoidea
- Rabia: grupos de riesgo expuestos a mordeduras de animales salvajes o domésticos.

Cuenca del Caribe.

- Hepatitis A
- Antimeningocócica B, C
- Fiebre Amarilla.
- Fiebre Tifoidea
- Rabia: grupos de riesgo expuestos a mordeduras de animales salvajes o domésticos.

América del Sur (Venezuela, Colombia, Perú, Bolivia, Paraguay, Brasil, Guyana, Surinam, Guyana Francesa)

- Hepatitis A
- Antimeningocócica B, C
- Fiebre Amarilla.
- Fiebre Tifoidea
- Rabia: grupos de riesgo expuestos a mordeduras de animales salvajes o domésticos.

América del Sur. (Chile, Argentina, Uruguay)

- Hepatitis A
- Antimeningocócica B, C
- Fiebre Amarilla.
- Fiebre Tifoidea
- Rabia: grupos de riesgo expuestos a mordeduras de animales salvajes o domésticos.

22. ESCENARIO AMBIENTAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVEVIBLES

En el municipio de Pitalito encontramos variedad de suelos según la composición geológica que los forman:

- Rocas Ígneas y metamórficas: equivalen al 50% de los terrenos del municipio. Ubicados al sur, en el costado oriental de la cordillera Central. Su fertilidad es alta su drenaje varía entre bueno y excesivo, presenta erosión.
- Rocas sedimentarias: localizadas al centro y norte del municipio bordeando los ríos Guachitos y Guarapas. Ocupa el 40% del área. Con buen drenaje y poca fertilidad; están cubiertas por bosques y pastos.
- Rocas Ígneas: equivale al 5% del área. Es una zona pequeña localizada al noreste de la cordillera oriental con drenaje excesivo y alta fertilidad.

Arcilla y rocas calcáreas: son suelos superficiales con drenaje natural y poca fertilidad; constituye el 5%.

Nuestro municipio es muy rico en paisajes naturales, generalmente llenos del verdor, de múltiples colores en las montañas y un relieve de variadas formas:

- **Zona montañosa:** Bordea al valle de Laboyos y está formada por las cordilleras Oriental y Central. Hacia el norte, limitando la altiplanicie, aparece el alto Mortiñal que los separa del valle de Timaná; por el occidente aparece los cerros de Acacos y Chillurco que lo aíslan del río Magdalena, estos montículos son parte de las estribaciones de la cordillera Oriental.
- **Zona de terrazas:** la planicie está formada por una terraza plana originada por los depósitos de los ríos Guarapas y Guachitos; también se encuentran zonas de transición entre la cordillera y la terraza plana. Estas pendientes se encuentran sometidas a un proceso de erosión.
- **Zonas de valles y vegas recientes:** las corrientes de agua han ido erosionando el terreno, abriendo espacio a sus cauces y dejando a lado y lado de su recorrido, una zona que varía de anchura; cuando las aguas descienden, estos terrenos ricos en sedimento acumulados, dan origen a las vegas de los ríos y valles.

El municipio posee una red hidrográfica extensa integrada por quebradas que alimentan el caudal del Guachitos y el Guarapas sus ríos principales. Estos unen sus aguas en el sitio de las Juntas. El río Guachitos desemboca en la margen derecha del río Magdalena.

En el noroeste se presenta una zona de ciénagas y pantanos denominada la Coneca y más al norte queda la laguna de Guaitipán (diosa del agua) con una superficie de 25 hectáreas que forman parte de los recursos hídricos del municipio.

CONCLUSIONES

Las bajas coberturas de vacunación en cualquier sitio de la geografía colombiana como en el caso del municipio de Pitalito y ciertas condiciones como la pobreza, la falta de una adecuada educación y el hacinamiento favorecen la aparición de la enfermedad. Para mejorar esta situación, debe fortalecerse las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones, utilizando diferentes estrategias de vacunación como la canalización casa a casa, la concentración, operaciones barrido y eliminación de oportunidades perdidas de vacunación. Estas estrategias han sido ampliamente evaluadas por el Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, OPS, OMS y la Unicef.

El programa PAI, es el que presenta mayor impacto, dentro de los Programas de Promoción y Prevención, ya que se ve reflejado en la disminución de enfermedades inmunoprevenibles en la población objeto.

La educación comunitaria sobre vacunación, manejo de la infección respiratoria, la detección y remisión de casos probables y susceptibles para vacunación y para el control de intervenciones, son estrategias de gran impacto para la disminución en la presentación de estos casos.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de la Protección Social. Programas de Promoción y Prevención. {En línea} {Consultado en Octubre de 2011} Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.

Organización Mundial de la Salud. Entrega Oficial del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. {En línea} {Consultado en Noviembre de 2011} Disponible en: www.paho.org.

Norma Técnica para la Vacunación según el Ampliado de Inmunizaciones - PAI {En línea} {Consultado en Octubre de 2011} Disponible en: medicosgeneralescolombianos.com/Vacunacion.htm.

ANEXO

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (PTS) Y PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DEL MUNICIPIO DE PITALITO

Las Políticas Públicas de Salud del Municipio de Pitalito, se derivan de las Políticas Nacionales direccionadas por el Ministerio de Protección Social de igual manera responden al Plan Desarrollo Municipal.

El Plan Territorial de Salud se encamina a la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los ciudadanos de Colombia, cuyo objetivo pretende disminuir la pobreza, promover la educación y mejorar los indicadores de calidad de vida de la población.

Este plan se propone mejorar las condiciones de salud a través de seis objetivos que son: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social.

Todo esto es para dar cumplimiento de los objetivos del milenio, los cuales pretenden disminuir la pobreza, promover la educación y mejorar los indicadores de calidad de vida de la población.

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), incluye un acumulado de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del estado, destinadas a promover la salud y calidad de vida, para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de Promoción y Prevención y Atención a los Planes Obligatorios del SGSSS.

Es por eso que una de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) en Colombia, es la infancia y, dentro de esta, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), como una de las estrategias más importantes para la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio de disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 6 años.

MARCO LEGAL

Ley 152 de 1994, Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, la Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y se asignan competencias a los entes territoriales de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para garantizar el aseguramiento de la población beneficiaria de programas de beneficio social, Igualmente se establecen las competencias del ente territorial con respecto al sector salud y en especial en materia de Salud Pública.

La Resolución 412 de 200, establece como objeto el adoptar las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en Salud Pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.